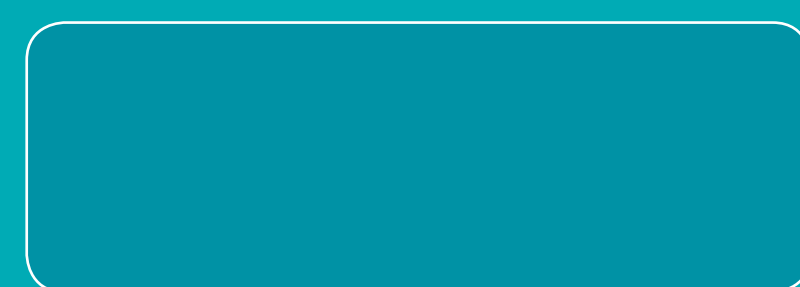


Aids/HIV no MERCOSUL

Revista da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids do MERCOSUL



INTRODUÇÃO

A Revista *CIHIV MERCOSUL* é uma iniciativa dos membros do bloco para compartilhar informações sobre suas epidemias nacionais, divulgar avanços, aprendizados e desafios. Também é um novo espaço de diálogo para que cooperações técnicas sejam sugeridas e pactuadas. As fronteiras do bloco são áreas de livre circulação para os cidadãos, e, por isso, é preciso discutir iniciativas inovadoras de um lado que possam ser bem-vindas do outro.

A proposta da Revista surgiu a partir da experiência do *Boletim Epidemiológico MERCOSUL*. O *Boletim* se dispunha a apresentar vários dados no intuito de comparar as epidemias dos países - tarefa nem sempre fácil, pois vários conceitos que subsidiam os sistemas de informação não convergiam. A *Revista* tem uma abordagem mais aberta, permitindo uma apresentação dinâmica das respostas dos países ao HIV, com o uso de gráficos, tabelas e fotos, na versão PDF interativo, em português e espanhol.

A *Revista* traz a público informações que geralmente ficam restritas a um pequeno grupo. O Brasil se propôs a apoiar esta primeira edição com a elaboração do leiaute e a consolidação dos conteúdos enviados. As próximas edições serão produzidas pelos países que estiverem à frente da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids (CIHIV). Nas reuniões da Comissão, o grupo pode reavaliar o formato, o conteúdo e as expectativas em torno da iniciativa.

Na reunião do primeiro semestre de 2015, as Delegações presentes definiram os tópicos que seriam contemplados, a depender da disponibilidade de cada país em enviar os conteúdos: retrato da epidemia, as metas 90/90/90 de cada país, suas experiências exitosas, entrevistas com lideranças da área e mais informações sobre a resposta nacional. O objetivo da publicação é se tornar um material útil e ilustrativo sobre o caminhar da epidemia na região.

Uma das conquistas recentes do trabalho conjunto foi o compromisso assumido pelos Ministros da Saúde do MERCOSUL em Buenos Aires, em novembro de 2014, para o alcance das metas 90-90-90 até 2020. A *Revista CIHIV MERCOSUL* deseja envolver todos os atores para que trabalhem de forma cada vez mais articulada nessa direção.



Argentina

SITUAÇÃO DO HIV/AIDS NA ARGENTINA

A Argentina possui uma epidemia estável e de tipo concentrada, como a maioria dos países da região latino-americana, com uma estimativa de 126.000 pessoas vivendo com HIV durante o ano de 2014, das quais 30% ainda permanecem sem diagnóstico. Nesse sentido, uma das políticas que a Direção de Aids e IST do Ministério da Saúde tem levado adiante é a diversificação das estratégias que facilitem o acesso aos testes diagnósticos, incluindo a incorporação do teste rápido de HIV e a oferta ativa das equipes de saúde. As políticas de promoção do diagnóstico são realizadas no contexto de dispositivos que garantam a voluntariedade, a confidencialidade e a vinculação aos serviços de saúde como parte da política mais geral que tem sido levada adiante de ampliação do direito à saúde.

A cada ano, cerca de 6.000 pessoas estariam se infectando, valor similar à quantidade de novos diagnósticos produzidos no mesmo período de tempo. A prevalência de HIV é de 0,47% em pessoas de 15 a 49 anos, mas alcança 34% em pessoas trans, de 12% a 15% em homens que fazem sexo com outros homens, de 4% a 7% entre pessoas que usam drogas injetáveis e de 2% a 5% em profissionais do sexo e pessoas em situação de prostituição. Embora as prevalências mais altas se localizem na área metropolitana de Buenos Aires, atingem valores similares em todas as grandes áreas urbanas de todo o país.

A cada ano, são registrados cerca de 6.500 casos, 4.300 em homens e 2.200 em mulheres, o que deixa a taxa de casos de HIV em 14,3 por 100.000 habitantes, 19,5 por 100.000 em homens e 9,3 por 100.000 em mulheres. As taxas de diagnóstico gerais e específicas por sexo são estáveis há uma década. Entretanto, foram observadas mudanças na distribuição dos novos casos. Enquanto, há pouco mais de uma década, quase a metade dos diagnósticos se produzia na área metropolitana de Buenos Aires, nos últimos anos, esta região contribui com 30%. Por sua vez, outras regiões aumentam a quantidade de diagnósticos, processo que se vê refletido no aumento de suas taxas. Em todas as regiões, as taxas se encontram entre 10 e 17 por 100.000 habitantes.

De cada cem novos diagnósticos, 2 ocorrem em homens e 1 em mulheres. A média de idade entre os primeiros é de 34 anos, e, das segundas, de 33 anos. As tendências indicam que, na última década, foi reduzida a brecha na idade de diagnóstico entre ambos os sexos - que era de quatro anos em 2005 - devido a um ligeiro aumento na idade de diagnóstico das mulheres e a uma redução de amplitude similar entre os homens. Para o período de 2012-2014, 18% dos homens e 25% das mulheres foram diagnosticados antes dos 25 anos, enquanto que 22% dos homens e 20% das mulheres tiveram o diagnóstico a partir dos 45 anos.

Cerca de 90% das pessoas diagnosticadas no triênio 2012-2014 foram infectadas durante relações sexuais sem uso de preservativos; no caso dos homens, a metade durante relações com mulheres e a outra metade, com outros homens. Por outro lado, 1,6% dos diagnósticos se deram a casos de transmissão vertical e 0,2% a infecções por uso compartilhado de material para o consumo de drogas injetáveis. As tendências indicam que praticamente desapareceu o uso de drogas injetáveis e, no caso dos homens, aumentou a proporção de diagnósticos entre homens que fazem sexo com homens sem proteção. Em algumas regiões, este tipo de prática sexual é a principal via de transmissão entre os homens.

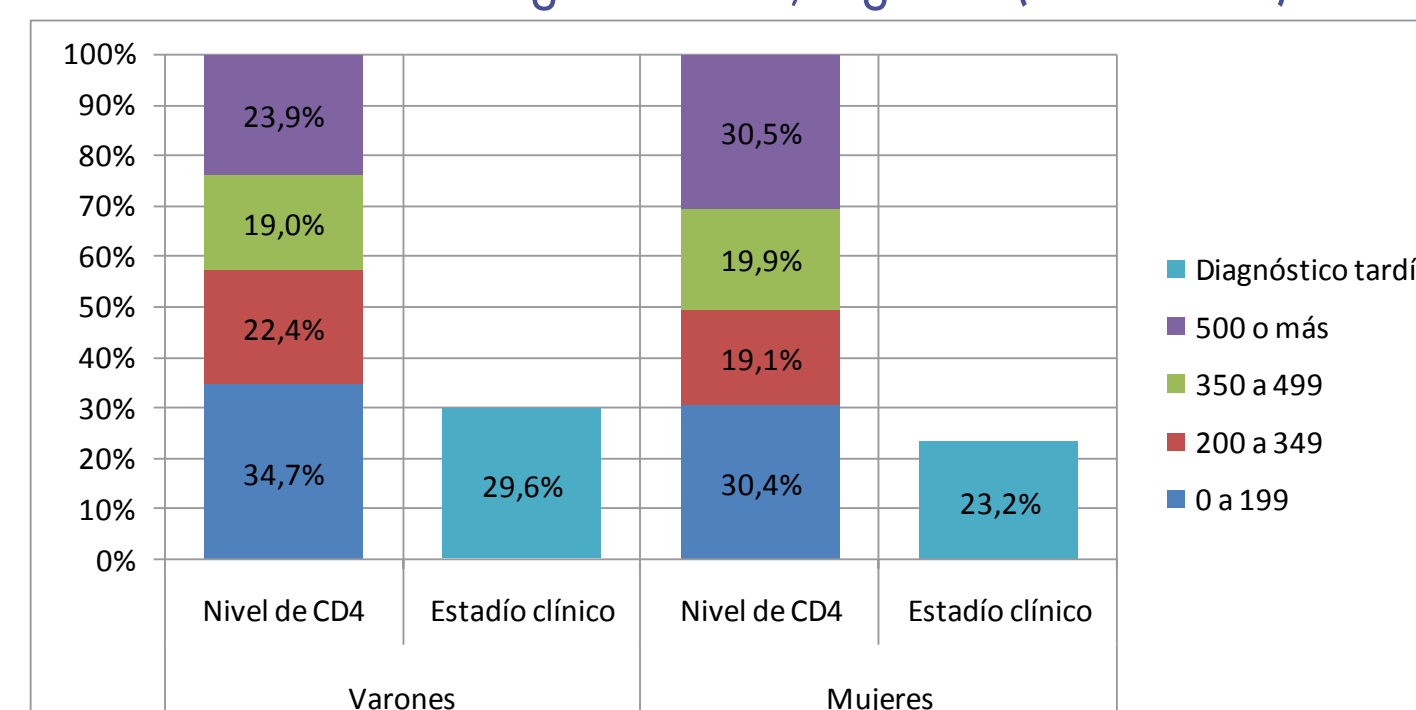
Ao redor de 55% dos homens e mulheres recentemente diagnosticados infectados durante relações sexuais heterossexuais não tinham completado o ensino médio. Por outro lado, mais de 40% dos homens infectados durante relações sexuais desprotegidas com outros homens tinham iniciado ou terminado o ensino superior.

A cada ano, são registradas cerca de 1.400 mortes por aids, levando a taxa de mortalidade em 2013 a 3,4 por 100 mil habitantes (4,9 nos homens e 1,9 nas mulheres).

Um dos fatores que mais incidem na mortalidade por aids é o diagnóstico tardio da infecção, que, na Argentina, é medido por meio de dois indicadores: um clínico e outro de laboratório (Gráfico 1). Por um lado, 30% dos homens e 23% das mulheres diagnosticados entre 2012 e 2014 apresentavam uma doença indicadora de aids ou outra sintomatologia produzida pela deterioração imunológica no momento do diagnóstico.

Se para medir o diagnóstico tardio se utiliza um marcador de laboratório (nível de CD4), e o ponto de corte se fixa em 200 CD4, 35% dos homens e 30% das mulheres encontram-se nesta situação. Se por diagnóstico tardio se considera níveis de CD4 inferiores a 350, 57% dos homens e 50% das mulheres diagnosticados entre 2012 e 2014 estariam nesta situação. 76% dos homens e 69% das mulheres apresentaram CD4 < 500.

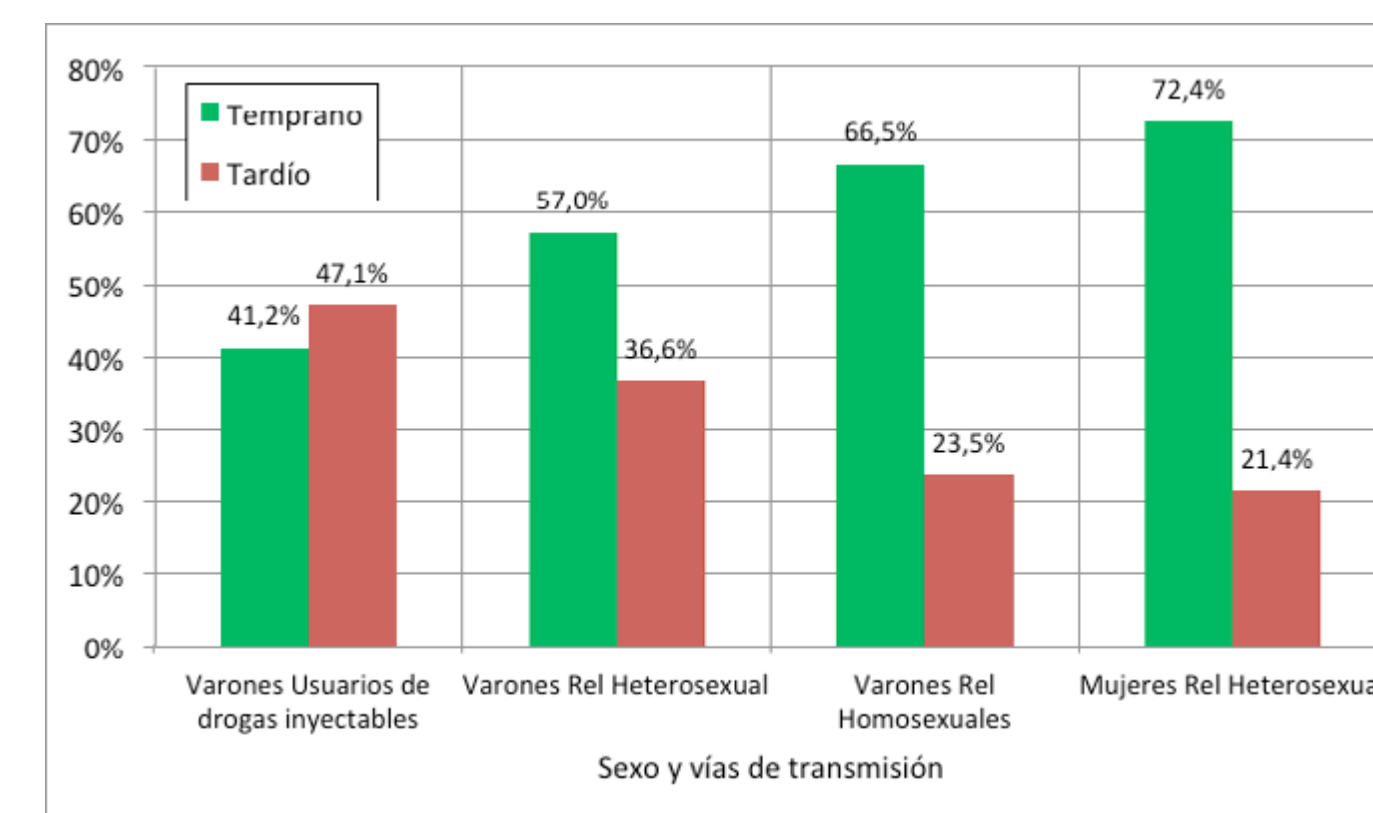
Gráfico 1: Comparação do diagnóstico tardio medido segundo a contagem de CD4 e critério clínico segundo o sexo, Argentina (2012-2014)*



* Anos não encerrados por atraso na notificação.
FONTE: Base epidemiológica de casos de HIV/aids.

Seja mensurando-se pelo estado clínico, seja pela situação imunológica, o que se adverte é que quanto maior a idade ou menor o nível de instrução, maior é a probabilidade de ter um diagnóstico tardio. Aqueles que acessam mais precocemente o diagnóstico são as mulheres e, no caso dos homens, aqueles infectados durante relações homossexuais desprotegidas (Gráfico 2).

Gráfico 2: Proporção de pessoas com diagnóstico tardio de HIV segundo o sexo e vias de transmissão, Argentina (2012-2014)*



* Anos não encerrados por atraso na notificação.
FONTE: Base epidemiológica de casos de HIV/aids.

Durante o biênio 2013-2014, a transmissão vertical de HIV ficou em 4,8%, isto é, foram infectadas quase 5 crianças a cada 100 expostas. Esta taxa também se encontra estável e é um dos desafios para alcançar as metas regionais de eliminação comprometidas pelo país.

A Argentina foi um dos primeiros países a garantir o acesso universal gratuito aos tratamentos antirretrovirais e foi pioneira na região. Atualmente, há 69.000 pessoas em tratamento, 69% provido pelo Estado nacional e o restante, também de forma gratuita, pela previdência social e os planos de saúde. Estima-se que, a partir da modificação das recomendações de tratamento realizadas no final do ano de 2014, este número deveria aumentar nos próximos anos em função da meta de atingir 90% de pessoas em tratamento para o ano de 2020.





Argentina

A ARGENTINA DIANTE DO DESAFIO DE ALCANÇAR AS METAS 90-90-90

A cascata do contínuo de atenção do HIV na Argentina é construída com dados provenientes de distintas fontes de informação, a saber: estimativas e projeções nacionais, dados da vigilância em serviços de saúde, estatísticas vitais e registros de prestações de saúde. Esta cascata é revisada periodicamente a partir das evidências produzidas por distintos estudos ou de melhorias nos sistemas de vigilância ou nos modelos de estimativa.

A informação disponível corresponde ao sistema público de saúde, que atende 69% das pessoas infectadas e, a partir daí, constrói-se o dado das 31% restantes atendidas pela previdência social e por planos de saúde. Assume-se, então, que os tipos de prestação realizados nos três subsetores são semelhantes.

A última estimativa realizada no país a partir do modelo Spectrum, do UNAIDS, resultou que, para o ano de 2014, 126 mil pessoas viviam com HIV na Argentina, das quais 70% conheciam sua condição de infectadas e 30% ainda não sabiam. Esta proporção surge da análise dos casos registrados historicamente e dos registros de falecimentos trazidos por estatísticas vitais, em ambos os casos, considerando uma estimativa para o sub-registro. Reduzir esta brecha para alcançar a meta de 90% das pessoas diagnosticadas em 2020 continua sendo um dos principais desafios no país e, para isso, os esforços estão sendo redobrados a fim de aumentar o acesso a testes voluntários e informados, no contexto do respeito aos direitos humanos.

Uma meta não incluída na proposta 90-90-90, mas que é pertinente em nível nacional, é que 90% das pessoas sejam diagnosticadas com um CD4 maior que 200. Para o ano de 2014, os sistemas de vigilância da Direção de Aids e DST mostravam que 37% das pessoas com diagnóstico recente tinham esse nível, sendo 39% no caso dos homens e 32% no caso das mulheres.

O terceiro pilar da cascata avalia a cobertura em tratamentos antirretrovirais que pode ser medida a partir do total de pessoas infectadas, ou a partir do total de pessoas elegíveis segundo as normas nacionais. Embora o indicador da cascata seja o primeiro mencionado, aqui, informamos também o segundo, uma vez que a recomendação vigente no país durante o ano de 2014 mostrava que as pessoas elegíveis para iniciar a terapia antirretroviral (TARV) eram aquelas que tinham um CD4 inferior a 500, salvo as que pertenciam a alguns grupos específicos, tais como gestantes, pessoas com tuberculose, membros de casais sorodiscordantes, entre outros. No início de 2015, começou a entrar em vigência a recomendação da oferta universal de tratamento, independentemente da situação imunológica. Considerando que, em 2014, havia 60.000 pessoas em tratamento, o nível de cobertura em TARV era de 67% entre os elegíveis e de 48% sobre o total. No ano de 2015, a cobertura aumentou significativamente a partir da implementação das novas recomendações.

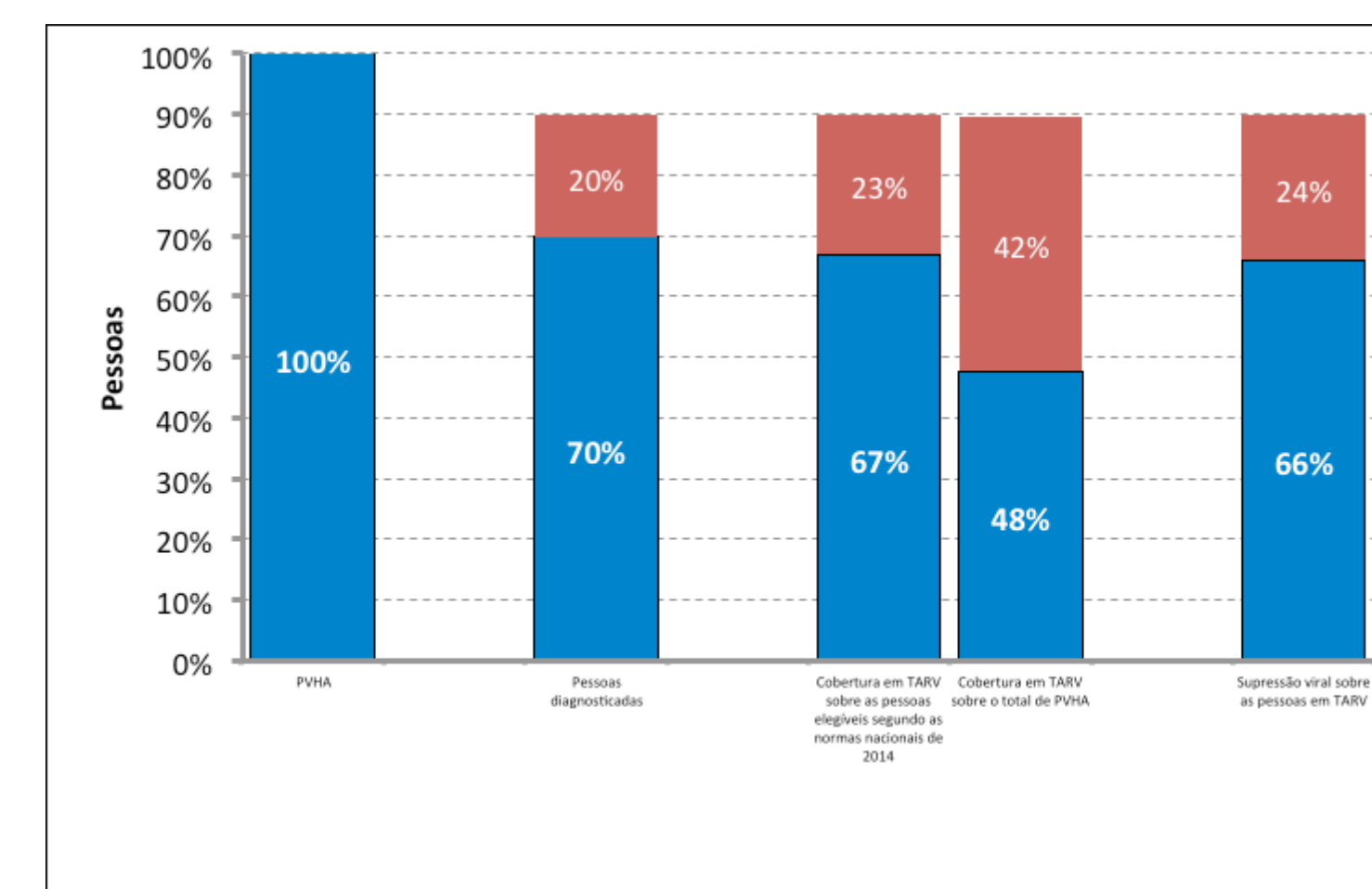
O quarto pilar da cascata mede a efetividade do tratamento a partir da supressão viral das pessoas em TARV. Neste caso, a informação provém dos resultados dos laboratórios que realizam o acompanhamento de pacientes infectados, e o valor para 2014 era de 66% para aqueles que estão em tratamento, os quais representam 31% sobre o total de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA).

Finalmente, para poder tornar viável a estratégia 90-90-90, a Argentina propõe um objetivo adicional relacionado à sustentabilidade e considera que é imprescindível garantir o acesso aos recursos e à equidade, considerando a soberania da saúde. Para tanto, é necessário desenvolver e utilizar todos

os mecanismos nacionais, regionais ou globais legítimos existentes, como as proteções de saúde estabelecidas no acordo sobre os ADPIC (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio), a emissão de licenças obrigatórias, a entrada de medicamentos genéricos de qualidade e o fomento da produção pública, a fim de assegurar processos de compra a preços razoáveis.

Este novo objetivo visa denunciar e impedir interesses corporativos que não concebam a saúde como um direito fundamental de toda a população, transformando-a em mercadoria por meio da especulação e lucros extraordinários.

Gráfico 1: Cascata do contínuo de atenção do HIV da Argentina durante o ano de 2014 e brechas para 2020





Argentina

ENTREVISTA

Consultórios amigáveis: uma resposta equitativa

Na Argentina, a epidemia de HIV/aids se distribui de modo desigual. Diversos estudos indicam que, enquanto entre jovens e adultos a prevalência é de 0,4%, em travestis e transexuais é de 34%, e se situa entre 12 e 15% em homens que fazem sexo com homens e de 2 a 5% em profissionais do sexo e ou situação de prostituição.

Diante disso, há a necessidade de implementar estratégias destinadas a esta população, com o propósito de passar de respostas justas a respostas equitativas, assumindo o desafio de realizar propostas focadas que não sejam estigmatizantes, mas que considerem a vulnerabilidade diferencial destes grupos.

O Projeto dos Consultórios Amigáveis para a Diversidade Sexual se insere neste desafio.

Surgiu no ano de 2009, quando a Direção de Aids e IST do Ministério da Saúde da Argentina, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), decidiu aprofundar sua política preventiva-assistencial em direção à população da diversidade sexual.

O primeiro passo foi a realização de uma pesquisa em 14 localidades do país, destinada a conhecer melhor a experiência de ser gay, bissexual ou trans nas distintas regiões e culturas de nosso país. Além disso, aprofundar o conhecimento sobre o vínculo existente entre esta população e o sistema público de saúde. Para este ano, calcula-se que serão 32 os Consultórios Amigáveis em todo o país. Os resultados da pesquisa permitiram identificar três núcleos fortes que afetavam de modo negativo a relação da diversidade sexual com os serviços de saúde, limitando seu acesso. Foram eles:

- O temor em revelar a orientação sexual ou as práticas sexuais trazia obstáculos para o acesso e obscurecia a relação equipe de saúde-paciente;
- No caso das pessoas trans, temiam ser objeto de gozações e maus tratos;
- As instituições e as equipes de saúde não estavam (nem se sentiam), em geral, suficientemente capacitadas para trabalhar de modo mais específico com esta população.

Foi assim que, à evidência epidemiológica que mostrava a distribuição desigual do HIV na Argentina, foi somada a força dos resultados qualitativos produzidos pela pesquisa, colocando em evidência a necessidade de experimentar algum tipo de intervenção destinada a melhorar o acesso ao sistema público de saúde e a qualidade da atenção que ele propiciava.

Melhorar a acessibilidade

Entre os anos 2010 e 2012, levou-se adiante o projeto de criação de Consultórios Amigáveis para a diversidade sexual em sete localidades do país. Consistiu na criação de serviços de prevenção, diagnóstico e atenção do HIV-aids e IST sensibilizados na atenção integral da saúde das pessoas gays, travestis e bissexuais.

Estes serviços são destinados a melhorar a acessibilidade aos recursos preventivos e à atenção no âmbito de hospitais públicos de distintas localidades do país.

Ao darmos início aos serviços, foram definidas algumas características que seriam distintas destes Consultórios Amigáveis:

- Trata-se de uma estratégia destinada a incluir a população da diversidade sexual dentro do sistema público de saúde. Traduz ou materializa o alinhamento político que recomenda o trabalho conjunto da sociedade civil e do Estado em uma proposta concreta de organização do trabalho em saúde;
- Trata-se de uma reorganização de recursos existentes (o que corrobora para a sustentabilidade ao longo do tempo) centrada nas características e necessidades específicas desta população;
- Consiste em formar uma equipe mista de trabalho entre as Organizações da Sociedade Civil (OSC) que trabalhem com HIV-aids e/ou direitos sexuais e uma equipe de saúde inserida em um hospital público;
- As funções específicas das OSC são a promoção do consultório nos cenários em que se movimentam os grupos da diversidade, seja para sua expansão, lugares de encontro e/ou lugares em que se pratique o comércio sexual. As OSC também são responsáveis por acompanhar e/ou receber esta população quando ela comparecer ao consultório.
- A equipe de saúde assume o compromisso de capacitar-se em novos temas e propiciar, em horário aceitável (de preferência vespertino ou noturno), e por demanda espontânea, uma gama de prestações tais como atenção clínica, assessoramento e diagnóstico em HIV e outras IST, apoio psicossocial e hormonização para pessoas trans.

“Defendem-no e sustentam como um espaço de pertencimento”

A cidade de San Juan, no noroeste argentino, e a cidade de Chivilcoy, na província de Buenos Aires, são dois exemplos de implementação desta política pública.

Em San Juan, o primeiro dos dois Consultórios Amigáveis que funcionam atualmente foi posto em funcionamento em dezembro de 2012. Ali, segundo explica Sandra Basso, chefe do Programa Provincial de HIV e coordenadora do consultório, “*não havia um registro da população trans. Estas pessoas eram excluídas totalmente do sistema de saúde, em maior medida que os gays e lésbicas. As equipes de saúde não estavam preparadas para atender esta população. Não havia um espaço amigável para que esta população pudesse consultar sobre seus problemas de saúde*”.

- Nestes anos, que mudanças concretas vocês notaram em relação ao acesso dessa população ao sistema de saúde??

-Hoje o sistema de saúde garante a atenção integral da população da diversidade, em que se cumprem os direitos de cada uma delas, fomentando a igualdade e inclusão ao sistema. Eles valorizam este espaço como um lugar de pertencimento, onde não apenas recebem atenção em relação à saúde, mas também o defendem e sustentam como um espaço de pertencimento, onde

compartilham histórias de vida. Atualmente, dois dos consultórios estão incluídos nos organogramas institucionais.

Uma realidade semelhante é a que motivou as autoridades de Chivilcoy, no noroeste da província de Buenos Aires, a pôr em prática a mesma experiência. Segundo Cecilia Marzoa, chefe de Atenção Primária da Saúde dessa localidade, “observava-se que, principalmente a comunidade trans feminina, apresentava dificuldades no acesso ao sistema público de saúde que tinham a ver com irregularidades no cumprimento da Lei de Identidade de Gênero, além de barreiras culturais, preconceitos e estereótipos ligados ao desconhecimento em matéria de diversidade sexual. Por sua vez, foram constatadas situações de vulnerabilidade nas condições concretas de vida, que tinham correlação com a discriminação, e os obstáculos para a inclusão em diversos âmbitos (educacional e profissional). Portanto, o Consultório Amigável surge como um espaço de saúde integral que, a partir de uma abordagem interdisciplinar, tem por objetivo contribuir para a construção de um sistema de saúde amigável, em que se contemple e respeite a diversidade sexual e de gênero”. Após a abertura do centro, que impacto vocês notaram na realidade cotidiana desta população?

- Como consequência do trabalho realizado no espaço do Consultório Amigável, do fortalecimento da estratégia de visibilidade da comunidade LGBT nos diversos espaços públicos e da articulação intersetorial, observa-se hoje, após um ano e meio de trabalho, mudanças profundas e avanços que impactam de forma favorável as condições de vida das pessoas que pertencem ao coletivo da diversidade:

- Acesso da comunidade trans a tratamento de hormonização supervisionado no espaço do Consultório Amigável, propiciando, desta maneira, e a partir de uma abordagem interdisciplinar, um acompanhamento no processo de transformação;
- Articulação com o segundo nível de atenção, de maneira a facilitar o acesso a laboratórios e diversos serviços de atenção do hospital;
- Realização de testes rápidos de diagnóstico de HIV, com aconselhamentos pré e pós teste;
- Capacitação em diversidade sexual e de gênero a todos as equipes de saúde do primeiro nível de atenção, o que repercutiu notavelmente na qualidade de atenção e em diminuir as barreiras de acesso da comunidade trans (observando-se na atualidade e concorrência de integrantes do coletivo aos distintos centros de saúde para consultas ou diversas atenções à saúde integral);
- Difusão contínua da Lei de Identidade de Gênero, de forma a gerar ferramentas no coletivo LGBT para o exercício de seus direitos cidadãos;
- Capacitação sobre diversidade sexual e de gênero nas escolas e com grupos de adolescentes;
- Articulação com diversas áreas municipais, como, por exemplo, Secretaria de Produção, favorecendo o acesso a empregos e/ou micro empreendimentos.





Argentina

MELHORES PRÁTICAS

O enfoque de direitos humanos na gestão pública

As pessoas com HIV têm os mesmos direitos que as demais pessoas. Direito ao respeito a sua integridade e autonomia, direito à saúde e à atenção médica integral e oportuna, à educação e a um tratamento igualitário.

Em determinadas circunstâncias, porém, alguns destes direitos de-vem ser reforçados e sua proteção deve ser promovida. Uma dessas circunstâncias se dá pela falta de proteção e desamparo que sofrem algumas pessoas com HIV ou aids devido à discriminação social.

Diante disso, e com o objetivo de fortalecer o enfoque de direitos humanos aplicado à saúde, a partir do ano de 2013, a Direção de Aids e IST do Ministério da Saúde da Argentina criou a área de Sociedade Civil e Direitos Humanos, que permite ser um conector entre o Estado e a sociedade, uma linha direta de comunicação, na qual as pessoas com HIV que residem no país, os programas jurisdicionais, os serviços de saúde e as organizações sociais possam receber o assessoramento necessário para evitar a vulnerabilidade dos direitos fundamentais das pessoas com HIV.

Uma oportunidade para elaborar estratégias conjuntas

Tendo em vista o caráter federal e descentralizado da saúde na República Argentina, a área também pretende propiciar a possibilidade de articulação das distintas jurisdições para servir de elo com as diferentes áreas do Estado nacional que devam envolver-se na resposta, bem como também entre as mesmas jurisdições para elaborar estratégias conjuntas e abrangentes, aplicando o enfoque de direitos humanos em saúde à gestão pública.

Um guia de orientação

Neste período de trabalho, a área elaborou o “Guia jurídico e de orientação para as pessoas com HIV na Argentina”. Esta publicação surgiu a partir da necessidade de transformar todas as leis sancionadas pelo Estado argentino em direitos exigíveis pela população, a fim de proteger as pessoas afetadas pelo HIV e doenças sexualmente transmissíveis.

O guia expõe a ideia dos direitos humanos desde o ponto de vista do acesso à saúde. Além disso, detalha o contexto normativo constitucional e algumas violações a estes direitos – como as situações de discriminação ou as políticas de HIV em contextos de confinamento –, seguido da explicação em linguagem coloquial das leis que estabelecem direitos e obrigações referentes às IST.

Diretrizes internacionais, contexto teórico, leis locais, perguntas frequentes e agenda com dados dos organismos aos quais recorrer fazem do “Guia jurídico e de orientação para as pessoas com HIV na Argentina” um material muito valioso para o trabalho de campo na resposta ao HIV e aids a partir do enfoque de direitos humanos.

O material pode ser encontrado no link abaixo: <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/informacion-general/conoce-tus-derechos/vih-y-derechos>

Encontros regionais de articulação

Outro objetivo da área é fomentar a articulação de todos os atores que trabalham com a resposta ao HIV e aids em nosso país. Nessa direção, ao longo de 2015, está sendo realizada uma série de encontros regionais (no nordeste, noroeste, centro e sul do país, além das regiões compreendidas pela grande Buenos Aires e a Cidade Autônoma de Buenos Aires). Esta proposta pretende trabalhar, de forma articulada, entre os programas jurisdicionais, agências estatais e a sociedade civil sobre as barreiras de acessibilidade, não somente aos serviços de saúde, mas também a outros serviços (jurídicos, pensões, trabalho, alimentação, etc.) que podem apoiar a melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV; instando também sobre a redução do estigma e discriminação, fortalecendo tanto o enfoque de direitos humanos na resposta ao HIV e aids, como seu próprio esquema de governabilidade, graças ao protagonismo da sociedade civil.

Uma rede de contenção jurídica

Esta linha de trabalho buscou melhorar a resposta do Estado diante de situações nas quais pessoas com HIV solicitam assessoramento jurídico. Ao melhorar a capacidade de propiciar assessoramento e/ou contenção jurídica por parte do Estado, a capacidade de reivindicação das pessoas se fortalece e também a relação destas com o Estado.

Foram gerados acordos com o Instituto Nacional contra a Discriminação, Racismo e Xenofobia (INADI), o Ministério da Justiça e Direitos Humanos da Nação Argentina, as Defensorias Públicas Nacionais e algumas Defensorias Públicas provinciais e municipais. Além disso, fortaleceu-se a comunicação com as organizações da sociedade civil que trabalham com HIV para que estas sejam receptoras de diferentes casos a resolver.

Entre as principais conquistas, destaca-se a Resolução 270/2015 do Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social, após um trabalho conjunto da área com esse Ministério, o INADI e organizações da sociedade civil.

Comunicação direta

A comunicação direta com os atores sociais também é um dos principais eixos de trabalho da área. Por esse motivo, foram estabelecidas as seguintes vias de comunicação:

- Telefone direto: (011) 4379-9017
- E-mail: consultasdsyets@gmail.com

A isto se acrescenta a Linha Pergunte Aids: 0800-3333-444, que atende cerca de seis mil chamadas anuais relacionadas com informação sobre prevenção e cumprimento de direitos de pessoas com HIV.

Por sua vez, no site www.msal.gob.ar/sida foi criado um dispositivo de informação e serviços destinado a responder perguntas e solucionar reivindicações de pessoas com HIV com diferentes sessões, como por exemplo:

1) Consultas e reivindicações: Na aba “Informação geral”, sessão: “Conheça seus direitos”, também se encontra o link que direciona a um formulário de consultas e reivindicações via WEB (<http://bit.ly/consultasyreclamos>). Estas são respondidas pela equipe de direitos humanos e sociedade civil dentro de 48h.

2) Conheça seus direitos: É a sessão da página web que reúne perguntas sobre direitos que uma pessoa com HIV poderia fazer. Através da sistematização das consultas recebidas na base de dados, foram sendo registradas situações reiterativas, nas quais a maioria possuía uma resposta unívoca e de fácil resolução. Por esse motivo, é que se criou uma sessão na web com estas respostas frequentes, que também incluímos em outros materiais sobre promoção de direitos.

3) Legislação específica. Também foi incorporado um segmento na página web da Direção de Aids e IST no qual é possível encontrar, em um vocabulário cotidiano, explicações das leis mais importantes que regulam os direitos das pessoas com HIV. Nele, são encontrados tanto os textos completos das normas, como os resumos explicativos das seguintes leis: Lei Nacional de Aids; Lei de Direitos do Paciente; Lei de Obras Sociais e Lei de Planos de Saúde; Lei de criação do Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável; Lei de Obrigatoriedade do Oferecimento do Teste de HIV à mulher grávida; Lei de Penalização de Atos Discriminatórios.



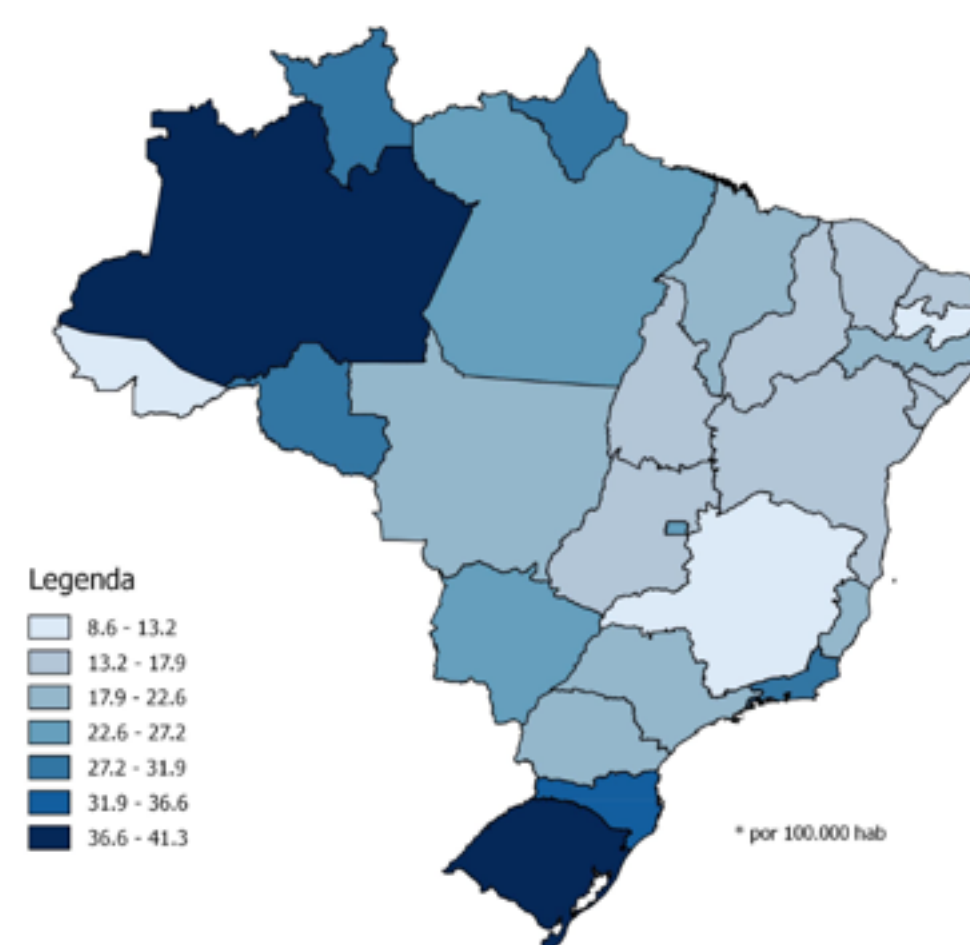


Brasil

RETRATO DA EPIDEMIA

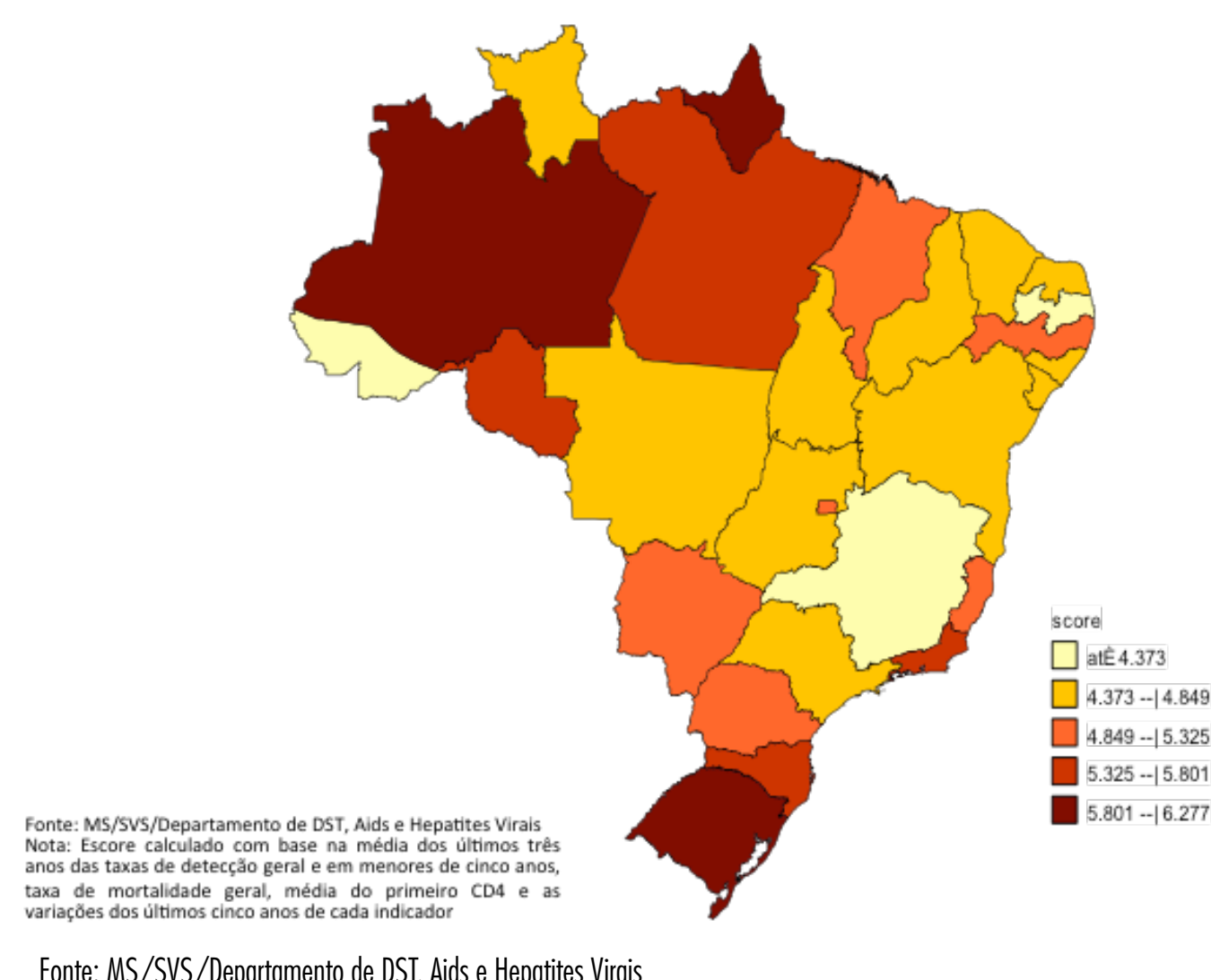
Atualmente, a epidemia de HIV e aids no Brasil é considerada estável, tendo em vista a taxa de detecção relativamente constante nos últimos cinco anos, em cerca de 20 casos por 100 mil habitantes. Em alguns estados do país, no entanto, a epidemia apresenta taxas de detecção mais elevadas (“aquecidas” - os chamados *hotspots*). Para responder a tais disparidades regionais, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais vem focando ações e políticas específicas para essas regiões, por meio de cooperações interfederativas (forças-tarefa envolvendo a sociedade civil e os três níveis de governo: federal, estadual e municipal). Até o final de 2014, foram desenvolvidas cooperações interfederativas com os estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul, nos quais as taxa de detecção e mortalidade em decorrência do HIV/aids são mais expressivas; e em 1 de outubro de 2015, com o estado de Santa Catarina.

Taxas de detecção de aids, por UF. Brasil, 2013.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Indicador Composto por UF. Brasil, 2013.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Nota: Escore calculado com base na média dos últimos três anos das taxas de detecção geral e em menores de cinco anos, taxa de mortalidade geral, média do primeiro CD4 e as variações dos últimos cinco anos de cada indicador

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Estima-se que existam cerca de 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil, correspondendo a uma prevalência de 0,4% na população geral. Trata-se de uma epidemia concentrada em populações-chave, com taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre pessoas que usam drogas (PUD)¹, 10,5% entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH)² e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (PS)³. Cabe destacar, ainda, a prevalência de HIV em 5,0%⁴ entre usuários de *crack*.

Desde o início da epidemia até junho de 2014, foram registrados no país 757.042 casos de aids, sendo destes 65,0% em homens e 35,0% em mulheres. A partir de 2009, observa-se uma redução nos casos em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo na razão de sexo, que passou a ser de 18 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2013.

A maior concentração dos casos de aids no Brasil está entre os indivíduos com idade entre 25 a 39 anos de ambos os sexos. Entre os homens, essa faixa etária corresponde

a 54,0% e, entre as mulheres, 50,3% do total de casos, desde 1980 até junho de 2014.

Observa-se nos últimos dez anos um aumento estatisticamente significativo na taxa de detecção entre homens de 15 a 19 anos, 20 a 24 e 60 anos ou mais. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 24 anos, tendo-se observado, no período de 2004 a 2013, um crescimento de 53,2% entre aqueles com 15 a 19 anos e de 10,3% entre os de 20 a 24.

Entre as mulheres, a taxa de detecção nesse período, segundo faixa etária, apresenta tendência significativa de aumento entre aquelas entre 15 e 19 anos, 55 e 59 anos e 60 anos ou mais, sendo o aumento de 10,5%, 24,8% e 40,4%, respectivamente.

Segundo a estimativa de prevalência de HIV em parturientes, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de aproximadamente 12 mil casos por ano. De 2000 a 2014 (junho), foram notificadas no país 84.558 gestantes infectadas com o HIV. A taxa de detecção de gestantes vem apresentando tendência de aumento estatisticamente significativo nos últimos dez anos: em 2004, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, passando para 2,5 em 2013.

Em relação à mortalidade, desde o início da epidemia até dezembro de 2013, foram identificados 278.306 óbitos tendo como causa básica a aids (CID10:B20 a B24), sendo que 71,3% ocorreram entre homens e 28,6% entre mulheres. Houve uma redução no coeficiente de mortes por aids no Brasil ao longo de pouco mais de uma década – passando de 6,4 a cada 100 mil habitantes, em 2003, para 5,7, em 2013.

Estudo publicado na revista *The Lancet*⁵ mostrou um decréscimo na taxa anual de mortes provocadas por HIV/aids maior que a média mundial: as mortes por aids no país tiveram uma diminuição anual de 2,3%, entre 2000 e 2013, ao passo que a redução média global, no mesmo período, foi de 1,5%.

As taxas de mortalidade por aids no país, em razão das diferenças regionais que sinalizam, reiteram a importância das ações em curso focalizadas nos *hotspots*, hoje situados nos estados no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Amazonas.

1 BASTOS, F. I. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.
2 KERR, L. *Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.
3 SZWARCOWALD, C. L. *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.
4 BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
5 MURRAY, C. et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2013. *Lancet*, [S.I.], v. 384, n° 9947, p. 1005-1070, 13 set. 2014.





Brasil

DESAFIO 90/90/90

A trajetória do HIV e da aids pelo mundo atravessou as últimas três décadas, mas apenas recentemente o fim da epidemia se colocou no horizonte de pesquisadores, governos, setores da sociedade civil organizada e organismos internacionais como proposta de meta global factível para o ano de 2030, como preconiza o UNAIDS.

Em maio de 2014, durante a realização do “I Fórum Latino-americano e do Caribe sobre o contínuo da atenção em HIV”, realizado na Cidade do México, o Brasil e demais países da região estabeleceram as chamadas metas “90/90/90”, a saber: 90% das pessoas que vivem com HIV (PVHA) conhecendo seu status sorológico; 90% das PVHA seguindo terapia antirretroviral (TARV); e 90% das pessoas em TARV atingindo supressão viral, até o ano de 2020.

Ao longo do ano de 2014, o Brasil apoiou e também buscou promover a adesão às metas 90/90/90 nos fóruns internacionais em que esteve presente. Em novembro, os Ministros da Saúde do MERCOSUL endossaram esse compromisso, em reunião realizada em Buenos Aires. O mesmo ocorreu no encontro dos Ministros da Saúde dos BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), realizado em Brasília, em dezembro de 2014.

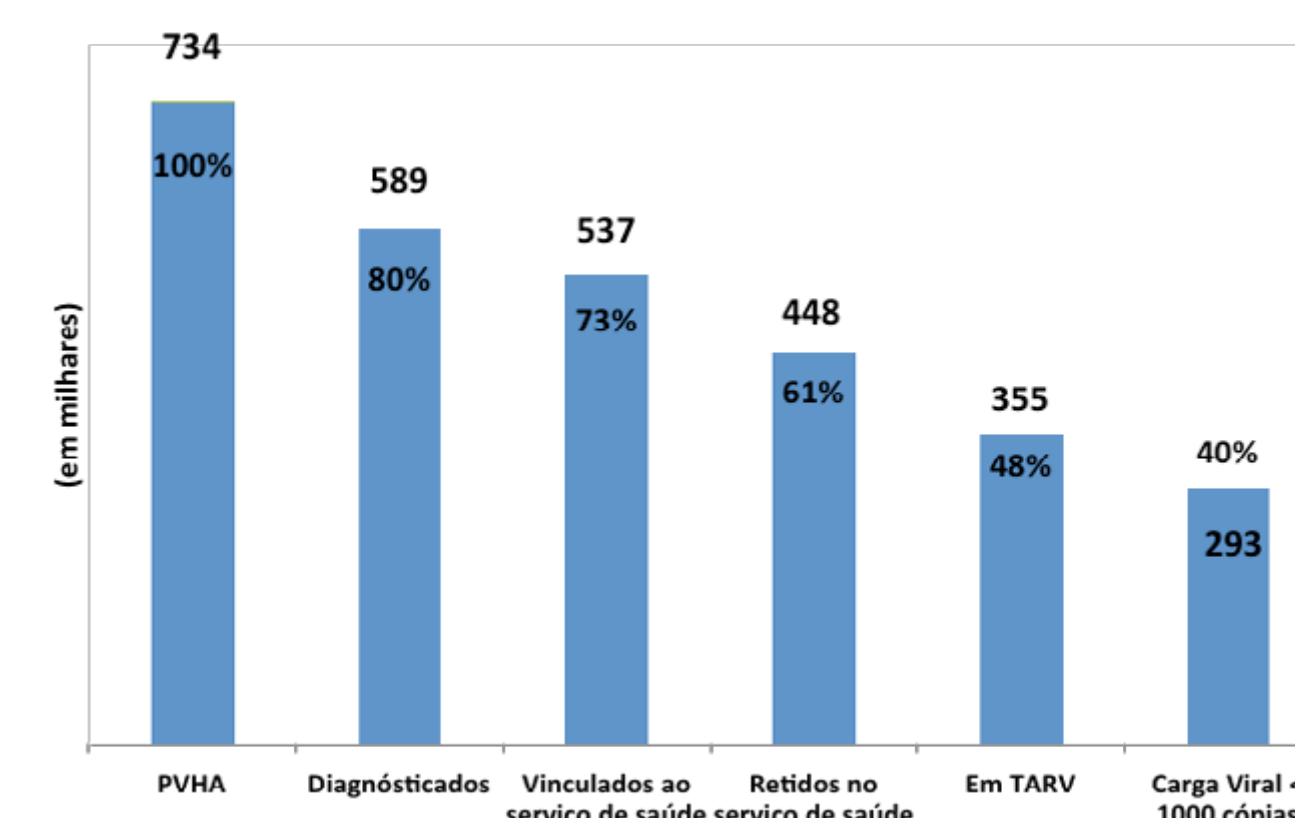
No mesmo ano, no Dia Mundial de Luta contra a Aids, em 1º de dezembro, o Brasil participou de uma reunião na França, a convite do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids - UNAIDS, e firmou a “Declaração de Paris para acabar com a epidemia de aids”, comprometendo-se com a estratégia fast track, que visa a acelerar a resposta à epidemia de HIV e aids, o que inclui a participação e o compromisso dos municípios. A delegação brasileira foi composta pelas prefeituras de Curitiba, no estado do Paraná, e Salvador, na Bahia, e pela presidente da Associação de Municípios do Estado da Bahia, que representa 417 municípios daquele estado.

No Brasil, o alcance das metas 90/90/90 se insere no marco do acesso universal à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), fundado sobre os princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social, estabelece os contornos fundamentais da resposta brasileira ao HIV e aids. É nesse contexto que o país vem implementando ações e políticas inovadoras, em parceria com diversos atores, no sentido de ampliar o acesso à prevenção, diagnóstico e

tratamento; combater o estigma e a discriminação; e promover os direitos humanos, principalmente das populações-chave da epidemia e pessoas vivendo com HIV.

O Gráfico 1 apresenta a cascata de cuidado contínuo do HIV no Brasil, que estabelece a linha de base e permite monitorar a progressão dos avanços alcançados em direção às metas. Em 2013, estimava-se que 734 mil pessoas viviam com o HIV/aids no país, das quais 80% (589 mil) já haviam sido diagnosticadas. Aproximadamente dois terços (537 mil) das PVHA estavam vinculadas a algum serviço de saúde e 448 mil (61%) continuavam em acompanhamento. Das 355 mil PVHA que estavam em terapia antirretroviral, 293 mil (82,5%) tinham carga viral indetectável (inferior a 1.000 cópias/ mm3). No que se refere às metas para 2020, observou-se que, de acordo com a cascata do cuidado contínuo de 2013, 80,2% da estimativa de PVHA conheciam sua sorologia e, destas, 61,0% se encontravam em TARV. Quanto à carga viral, observou-se que, dos indivíduos em TARV, 82,5% apresentavam carga viral suprimida, atingindo 88% dos adultos.

Gráfico 1 - Cascata de cuidado contínuo. Brasil. 2013.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Casos identificados no SINAN até a 26ª semana epidemiológica. Dezembro de 2014. Nota: as estimativas apresentadas referem-se a médias do ano de 2013, com exceção do número de PVHA em TARV e daquelas em TARV com CV suprimida.

Para o alcance das metas 90/90/90, o Brasil está comprometido com a ampliação da testagem rápida e a futura disponibilização do teste de fluido oral nas farmácias, associadas à política da oferta do tratamento como prevenção (TasP), assegurando às pessoas seu direito de escolha para iniciar o tratamento, independentemente do CD4.

A fim de colaborar para a ampliação do acesso ao tratamento em tempo oportuno, o DDAHV/SVS/MS vem promovendo a gestão compartilhada da atenção aos pacientes de HIV com a rede de Atenção Básica; a incorporação de novas apresentações terapêuticas; e o aperfeiçoamento de sistemas informatizados para o acompanhamento do cuidado. Essas iniciativas têm contribuído tanto para a ampliação do acesso a serviços e insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento, como para um aumento da adesão ao tratamento, aspectos fundamentais para o controle da epidemia.

Entre as ações de prevenção, o Brasil adotou a prevenção combinada, estratégia que envolve diagnóstico e tratamento das IST, a profilaxia pós-exposição (PEP); campanhas nacionais de estímulo ao uso de preservativos e testagem; a distribuição de insumos (preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e ações específicas de prevenção ao HIV junto a populações-chave (gays e outros HSH, travestis, transexuais, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas, com ênfase nos usuários de crack).

Todas essas ações se baseiam no diálogo com os diferentes atores (governos federal, estaduais e municipais, especialistas da academia, sociedade civil organizada, membros do parlamento, comunidades religiosas, agentes de mídia, organizações internacionais, blocos de países e agências de cooperação bilateral e multilateral) e no reconhecimento dos contextos singulares para o enfrentamento da epidemia (pessoas vivendo com HIV/aids, populações-chave e hotspots). Esse diálogo amplo é uma das características marcantes da resposta brasileira ao HIV e à aids.

Também são características da resposta brasileira a inovação tecnológica permanente e o embasamento em evidência científica. Nesse sentido, o Brasil tem acompanhado os avanços globais e contribuído para o debate, a elaboração e a implementação de propostas e políticas, sempre pautado pelo compromisso com o direito de todos de ter uma vida plena, produtiva e digna. Isso tem levado o país a implementar uma série de medidas de impacto relacionadas aos direitos humanos de PVHA e das populações-chave e a aderir a iniciativas de âmbito internacional, como a estratégia “Zero Discriminação” do UNAIDS.





Brasil

MELHORES PRÁTICAS (ESTRATÉGIA VIVA MELHOR SABENDO)

No segundo semestre de 2013, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais lançou a estratégia de testagem rápida de HIV por amostra de fluido oral, em parceria com organizações da sociedade civil, tendo como foco as populações-chave e a metodologia de educação entre pares. A estratégia ganhou o nome de “Viva Melhor Sabendo”, numa alusão aos benefícios do conhecimento pessoal da sorologia para o HIV e tratamento precoce, quando necessário. A testagem é realizada de forma oportuna, voluntária e gratuita e nos espaços de sociabilidade das populações-chaves. Atualmente, a estratégia é desenvolvida por 54 projetos aprovados em Edital Público, em 38 cidades brasileiras nas cinco regiões do país.

Até março de 2015, quando encerrados os primeiros projetos integrantes da estratégia, cerca de 30 mil testes haviam sido realizados em parceria com 51 ONG.v - gays e outros HSH, travestis pessoas transexuais pessoas que usam álcool e outras drogas homens e mulheres profissionais do sexo e, ainda, outros subgrupos populacionais que convivem nos espaços de sociabilidade dessas populações chave para a infecção do HIV - , puderam realizar o teste de fluido oral, sendo que muitos destes aproximadamente 48%, testaram-se pela primeira vez. Para acompanhamento do projeto em tempo real foi desenvolvido o Sistema de Monitoramento e Avaliação de Projetos (SIMAV-PRO) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de acompanhar os indicadores estratégicos para o desenvolvimento dos projetos e gerar dados sobre as populações acessadas, possibilitando ações de prevenção específicas e direcionadas.

Logomarca do projeto “Viva Melhor Sabendo”.



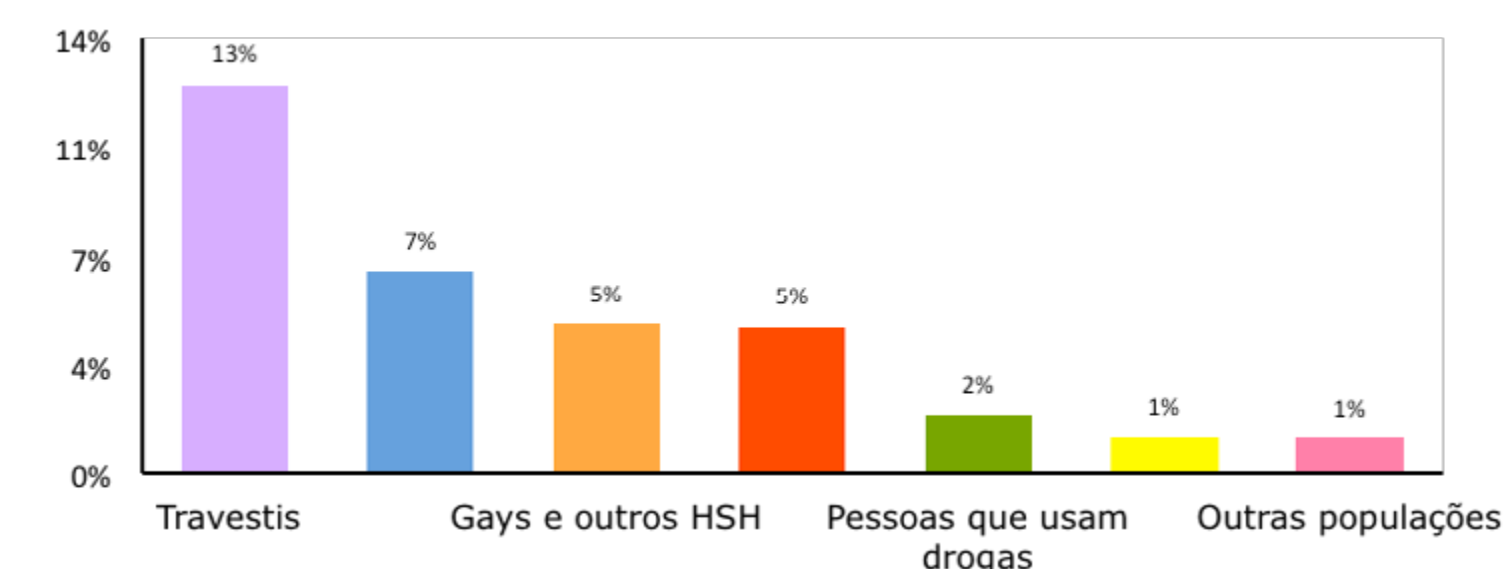
A metodologia adotada pela estratégia “Viva Melhor Sabendo” tem permitido alcançar pessoas em locais e horários alternativos, com a testagem oferecida fora das estruturas dos serviços de saúde. A utilização da metodologia de educação entre pares permite que educadores pertencentes às populações-chave conduzam do projeto e disseminem informações de prevenção das DST/aids da forma mais adequada naquele contexto. A estratégia de pares é a “troca de saberes entre semelhantes, ou seja, entre pessoas ou grupos que têm o mesmo perfil e compartilham as mesmas vivências, o que facilita o intercâmbio de conhecimentos e práticas” (UNICEF, 2013).

As equipes das ONG são capacitadas em Oficinas realizadas localmente nos territórios onde a estratégia é desenvolvida, sempre em parceria com as gestões municipais e estaduais envolvidas.

Os treinamentos envolvem conteúdos sobre a realização da testagem por amostra de fluido oral, através do recurso TELELAB⁶, aspectos éticos e legais da testagem do HIV, abordagem e entrega de resultado e questões relacionadas aos Direitos Humanos, discriminação, estigma, gênero e sexualidade.

O projeto é uma das principais e mais recentes iniciativas do Ministério da Saúde para promover a ampliação da testagem, e tem se mostrado uma importante estratégia para o acesso das populações que são historicamente excluídas dos serviços públicos de saúde.

Gráfico 2. Proporção de testes reagentes de HIV entre as populações chave no projeto Viva Melhor Sabendo



Fonte: Simav-pro e MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

⁶ Programa de educação continuada, do Ministério da Saúde, que disponibiliza cursos gratuitos, cujo público alvo são os profissionais da área de Saúde <<http://telelab.aids.gov.br>>





Paraguay

RETRATO DA EPIDEMIA

Os primeiros casos registrados de aids no Paraguai foram em 1985, em homens homossexuais. Os primeiros casos em mulheres, por sua vez, foram registrados a partir do ano de 1990 e os casos em crianças, em 1993. Desde o início da epidemia de HIV no Paraguai, no ano de 1985 até o ano de 2014, está registrado um total de 13.933 pessoas com HIV, das quais 4.318 foram casos de aids. Contabilizam-se 1.545 pessoas falecidas com infecção pelo HIV.

O Programa Nacional de Controle de HIV/aids/IST (PRONASIDA, em espanhol) foi criado pela Resolução Ministerial nº 38 do ano de 1988 e ampliado em suas funções de intervir e controlar as infecções sexualmente transmissíveis no ano de 1998.

O país possui um avanço importante na resposta nacional à epidemia, com a inclusão do setor da sociedade civil, comunidades, setor privado, além de outros componentes do setor público, e conta com o apoio de organizações internacionais de cooperação bilaterale multilateral, ademais do Fundo Global, que financia projetos de fortalecimento de HIV nas regiões do Paraguai e possui um projeto ativo que enfoca na sociedade civil e populações-chave.

Entre as prioridades, propõe-se eliminar barreiras legais, atividades de advocacia para alcançar as populações-chave e que possam ter acesso aos serviços de prevenção e testagem através de testes de HIV com aconselhamento.

As organizações da sociedade civil, junto às autoridades do Ministério da Saúde, organizam oficinas de capacitação para reduzir o estigma e a discriminação com o pessoal da área da saúde, em que participam como instrutores os líderes das organizações da sociedade civil. Objetiva-se garantir os direitos das populações-chave e as mais vulneráveis.

Em nível nacional, o número de novos diagnósticos de HIV tem aumentado nos últimos 5 anos, sendo registrado aproximadamente mais de 3 casos por dia. O acesso oportuno para o diagnóstico de novos casos ainda é baixo.

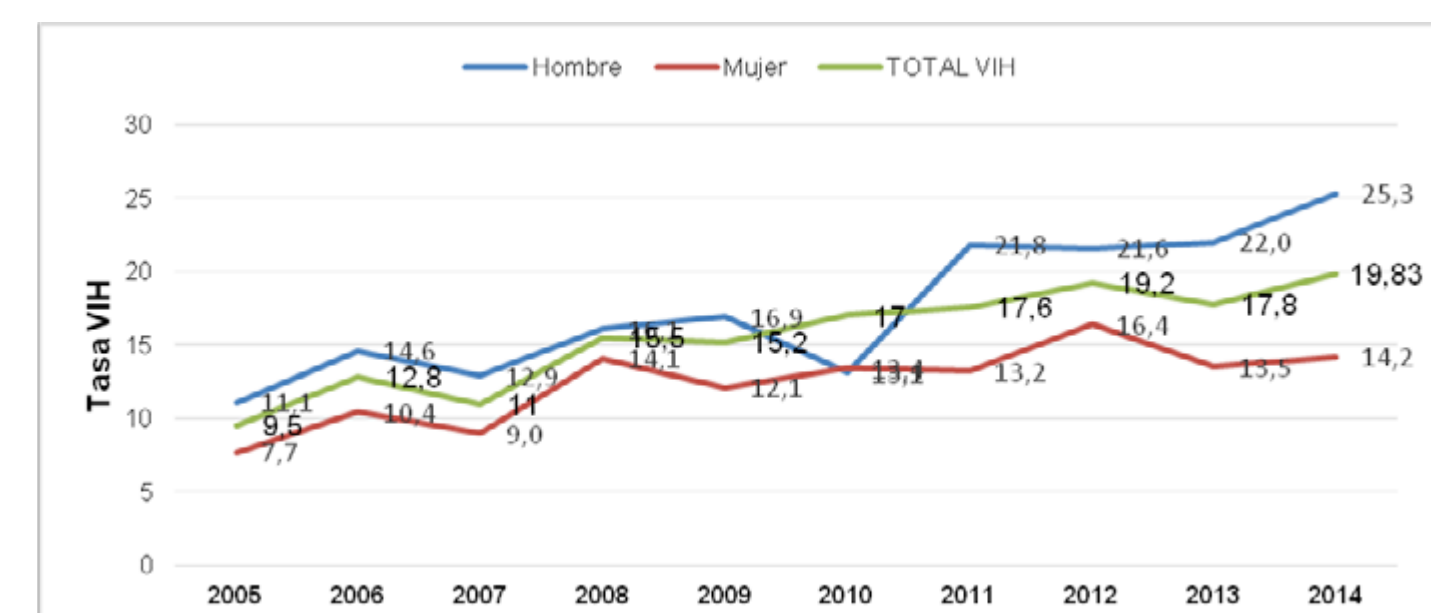
A via sexual continua sendo a principal via de transmissão do HIV. Observa-se que as populações entre 20 e 39 anos são as mais suscetíveis e que o diagnóstico na população masculina maior de 50 anos tem aumentado.

A epidemia do HIV no Paraguai encontra-se concentrada nas populações-chave (mulheres trans, homens que fazem sexo com homens, mulheres profissionais do sexo e pessoas que usam drogas), apresentando uma elevada prevalência de infecção por HIV e IST, de acordo com os últimos estudos realizados.

A prevalência do HIV na população indígena encontrada em três eixos geográficos do Paraguai foi de 0,4% (IC 95% 0,1 a 1), e, na população privada de liberdade (PPL), de acordo com estudo realizado em 2007, foi verificada uma prevalência de 0,7%.

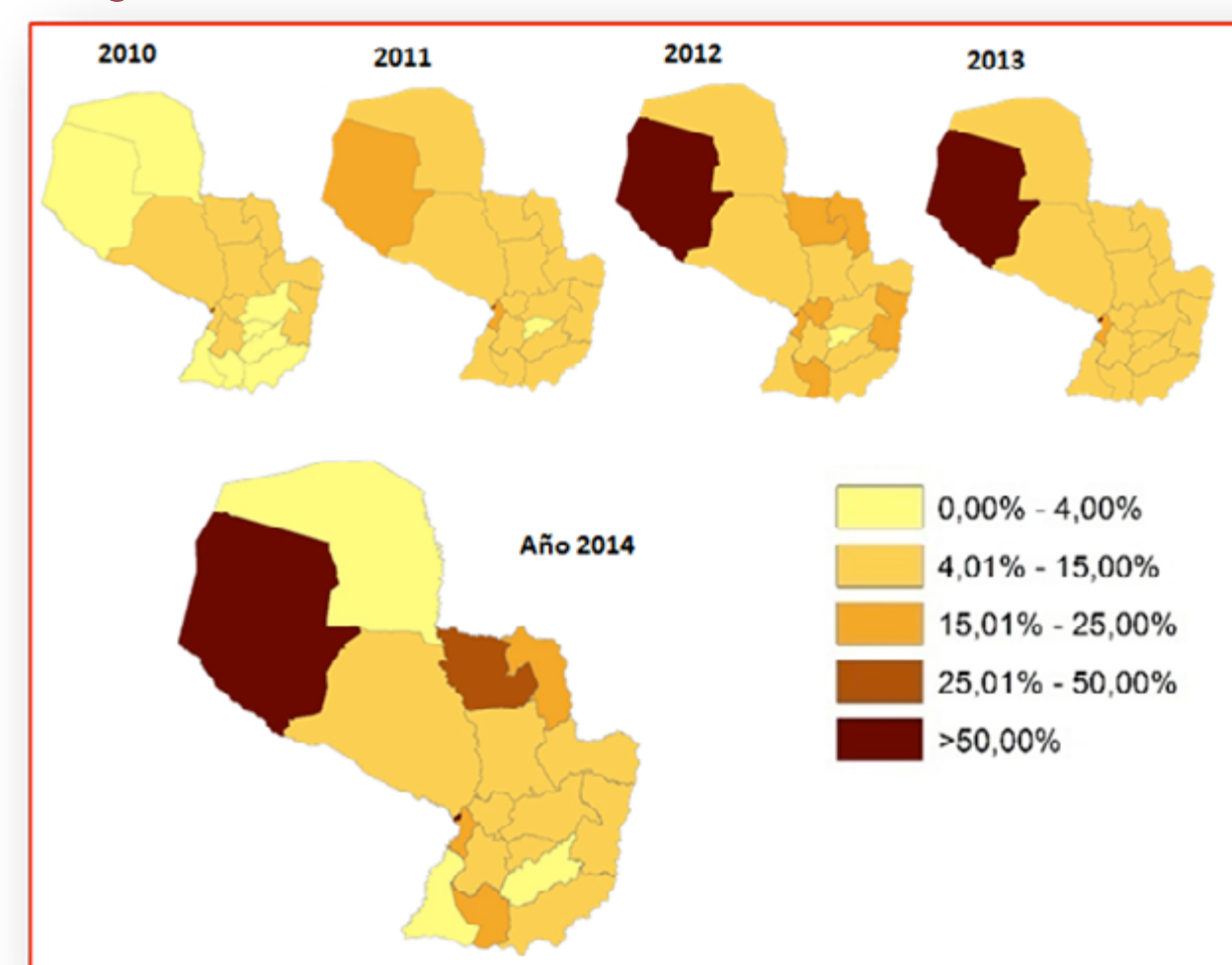
O PRONASIDA, como entidade gestora da resposta nacional, manipula dois eixos de ação: exerce a gestão da resposta nacional ampliada, integrada e comprometida com a epidemia de HIV e infecções sexualmente transmissíveis e provê, de forma descentralizada, os serviços de promoção, prevenção e atenção integral às pessoas, sob os princípios de respeito aos direitos humanos, a equidade e o acesso universal, e o enfoque de gênero, para diminuir o avanço da epidemia e melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV e aids e infecções sexualmente transmissíveis. Para tanto, foi ampliado, em nível nacional, o acesso oportuno ao diagnóstico através de testes rápidos para HIV, sífilis, aconselhamento prévio e manejo sintomático das IST.

Gráfico 1. Taxa de novos diagnósticos de HIV segundo o sexo e população total. Paraguai. 2005 a 2014



A taxa de novos diagnósticos de HIV detectados nos últimos 10 anos duplicou no Paraguai.

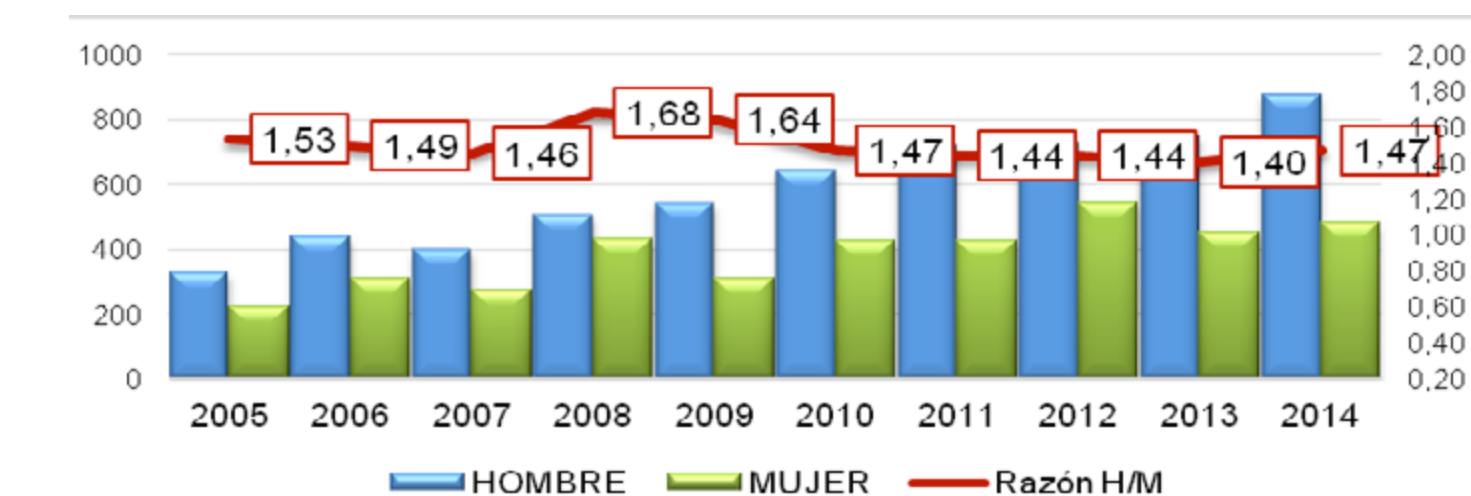
Gráfico 2. Taxa de novos diagnósticos de HIV por departamento. Paraguai. 2005 a 2014



O Paraguai é dividido em duas regiões geográficas (Oriental e Ocidental/Chaco) e a maior parte da população paraguaia se concentra na Região Oriental, cuja densidade populacional é de 40,0 hab/km2 e 0,7 hab/Km2 na Região Ocidental.

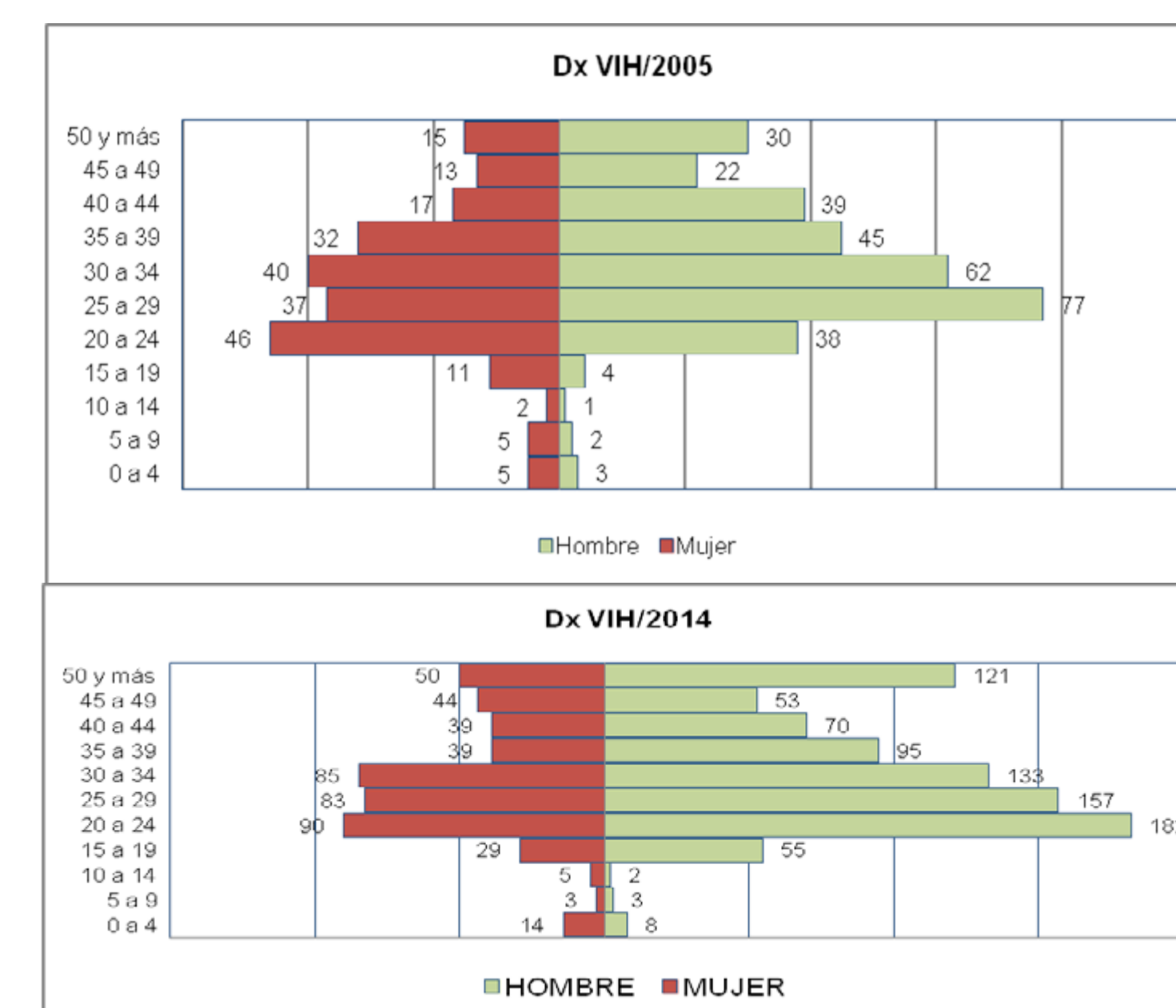
As novas infecções por HIV encontram-se principalmente em Assunção/Capital e no Departamento Central, seguidos das áreas fronteiriças Alto Paraná e Itapúa. A taxa de HIV tem aumentado ao longo dos anos. A capital e o Departamento Central apresentam as taxas mais elevadas em nível nacional, mas o Chaco e os departamentos Centro Norte da Região Oriental também aumentaram seus casos.

Gráfico 3. Razão homem/mulher de novos diagnósticos. Paraguai. 2005 a 2014



A relação homem/mulher se mantém estável nos últimos anos.

Gráfico 4. Distribuição de novos diagnósticos de HIV por grupos de idade e sexo. Paraguai. 2005 e 2014



continua

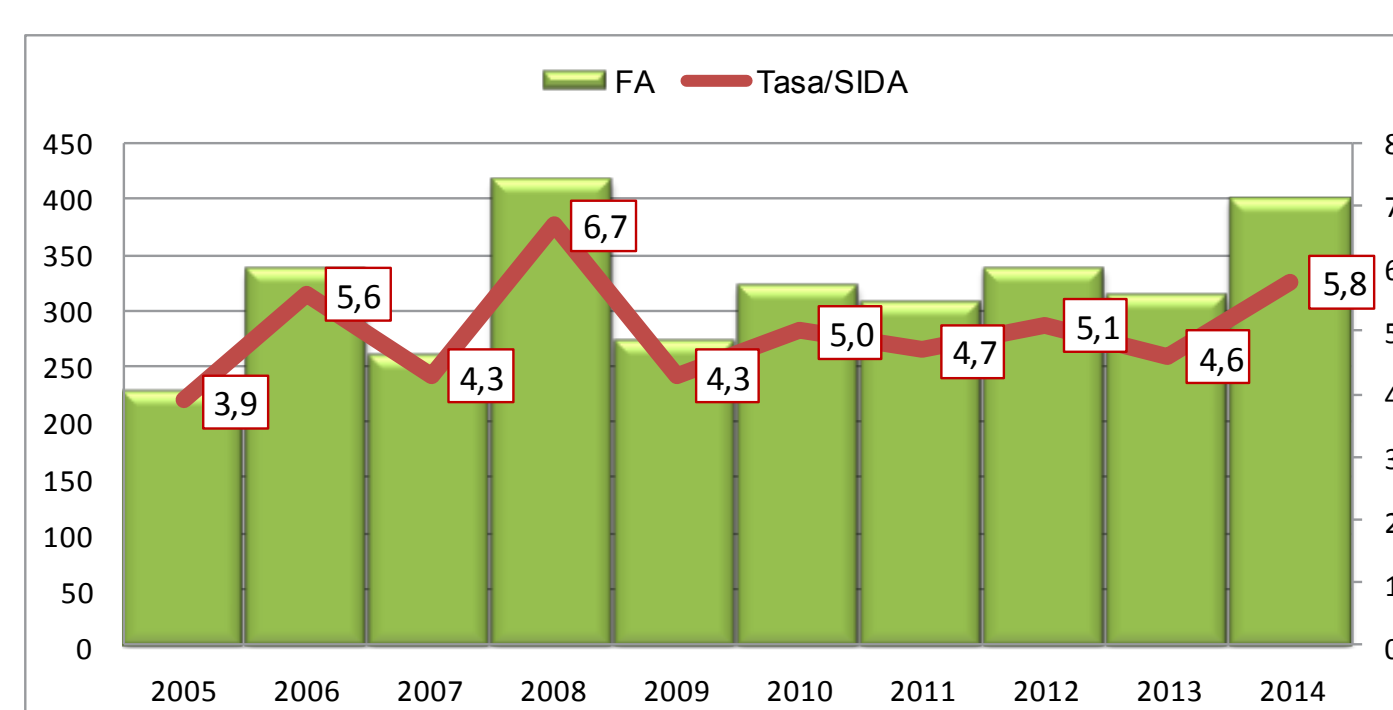




Paraguai

O maior número de novos diagnósticos se encontra nos grupos de idades com atividade sexual mais ativa, mas atualmente há um aumento da notificação de casos em idades entre 50 e mais anos.

Gráfico 5. Distribuição de casos de aids. Paraguai. 2005 a 2014



A taxa de mortalidade se mantém com valores estáveis nos últimos anos, exceto no ano de 2008, que se observou um pico de registros de pessoas falecidas.

A resposta nacional ao HIV teve avanços importantes nos últimos 10 anos, com prioridades em reivindicar o direito a não discriminação de gênero, a diversidade, a interculturalidade e as populações mais vulneráveis.

Gráfico 6. Taxa de mortalidade por HIV segundo o sexo. Paraguai. 1985 a 2014





Paraguay

DESAFÍOS 90 90 90

O Paraguai apresenta uma epidemia concentrada na população-chave (mulheres trans, homens que fazem sexo com homens, mulheres profissionais do sexo e pessoas que usam drogas), na qual foram encontradas elevadas prevalências de HIV e IST nos diferentes estudos realizados em comparação com a população geral. Os primeiros casos de HIV foram registrados em 1985.

Desde o início da epidemia de HIV no Paraguai até o ano de 2014, foram registradas um total de 13.933 pessoas com HIV, das quais 4.318 são casos de aids e 1.554 pessoas falecidas. O número de pessoas vivendo com HIV até dezembro de 2014 era de 12.388.

Novos diagnósticos por ano têm crescido de forma sustentável, atingindo 935 no ano de 2009 e chegando a 1.369 pessoas em 2014. No Paraguai, calcula-se que, em 2014, existiam 16.825 pessoas com HIV (PHIV), sendo estimadas 2.002 novas infecções anuais.

A elaboração da cascata de atenção ao HIV do Paraguai foi realizada sobre a totalidade de pacientes que vivem com HIV em dezembro de 2014. Os indicadores foram calculados de forma transversal para cada um dos pilares.

No que se refere aos resultados das estimativas das metas 90-90-90, a meta é aumentar o número de pessoas com HIV que tenha conhecimento de seu diagnóstico para 2020 (90% das pessoas vivendo com HIV conhecendo seu estado sorológico). O cálculo foi obtido dos casos acumulados de HIV notificados pelo sistema de vigilância baseado em casos de HIV.

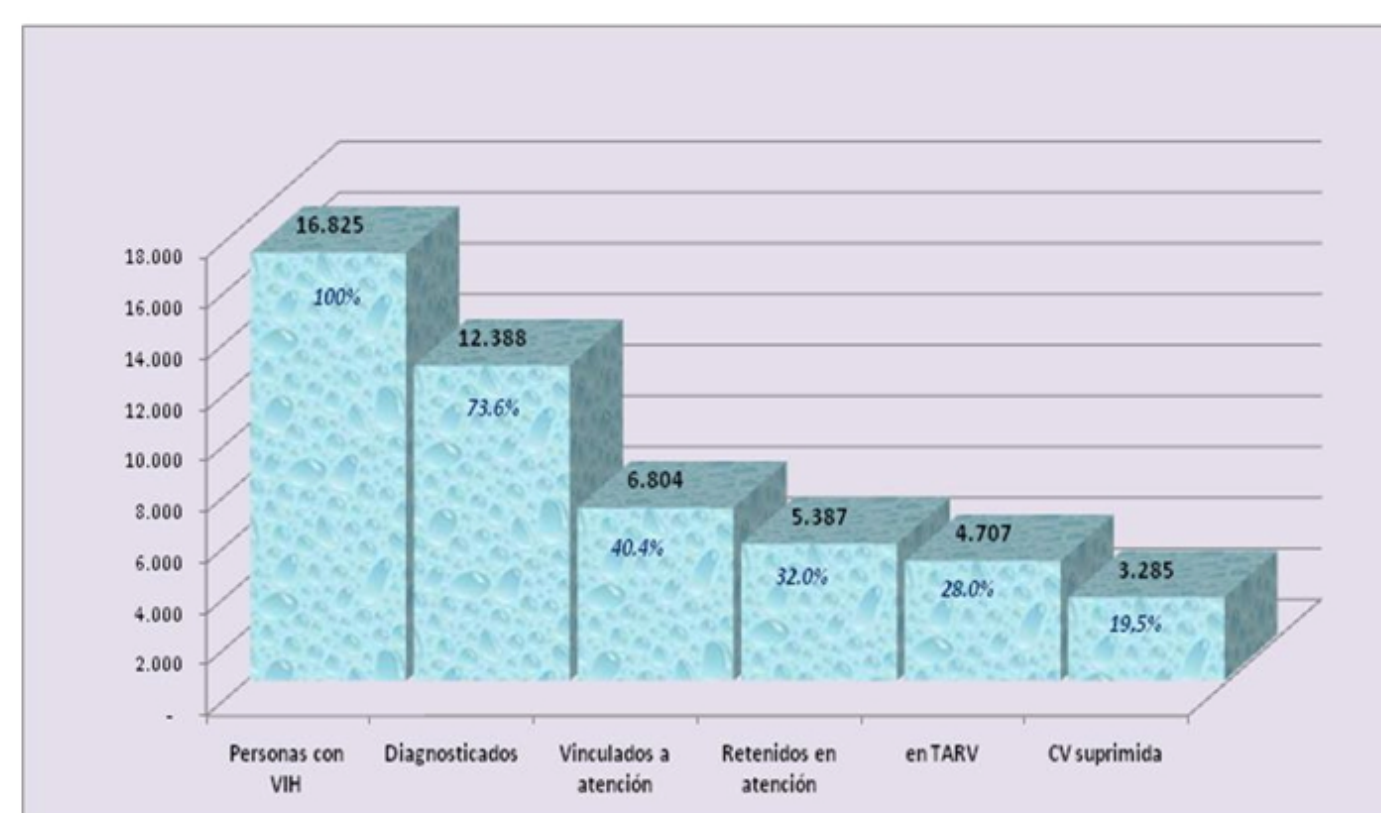
Para 2020, o objetivo é diminuir o diagnóstico tardio (15% ou menos de pessoas tendo uma primeira recontagem de CD4 menor ou igual a 200 cel/mm³). Os dados foram obtidos dos registros do laboratório do PRONASIDA.

Também é necessário aumentar o número de pessoas em tratamento antirretroviral para 2020 (90% ou mais das pessoas elegíveis para tratamento recebendo tratamento antirretroviral). Os dados foram obtidos dos registros de tratamento antirretroviral de Serviços de Atenção Integral (SAI).

É necessário, ainda, aumentar o número de pessoas em tratamento com carga viral indetectável para 2020 (90% ou mais das pessoas em TARV estando com supressão viral – carga viral <1000 cópias). Os dados foram obtidos do laboratório do PRONASIDA

Resultados:

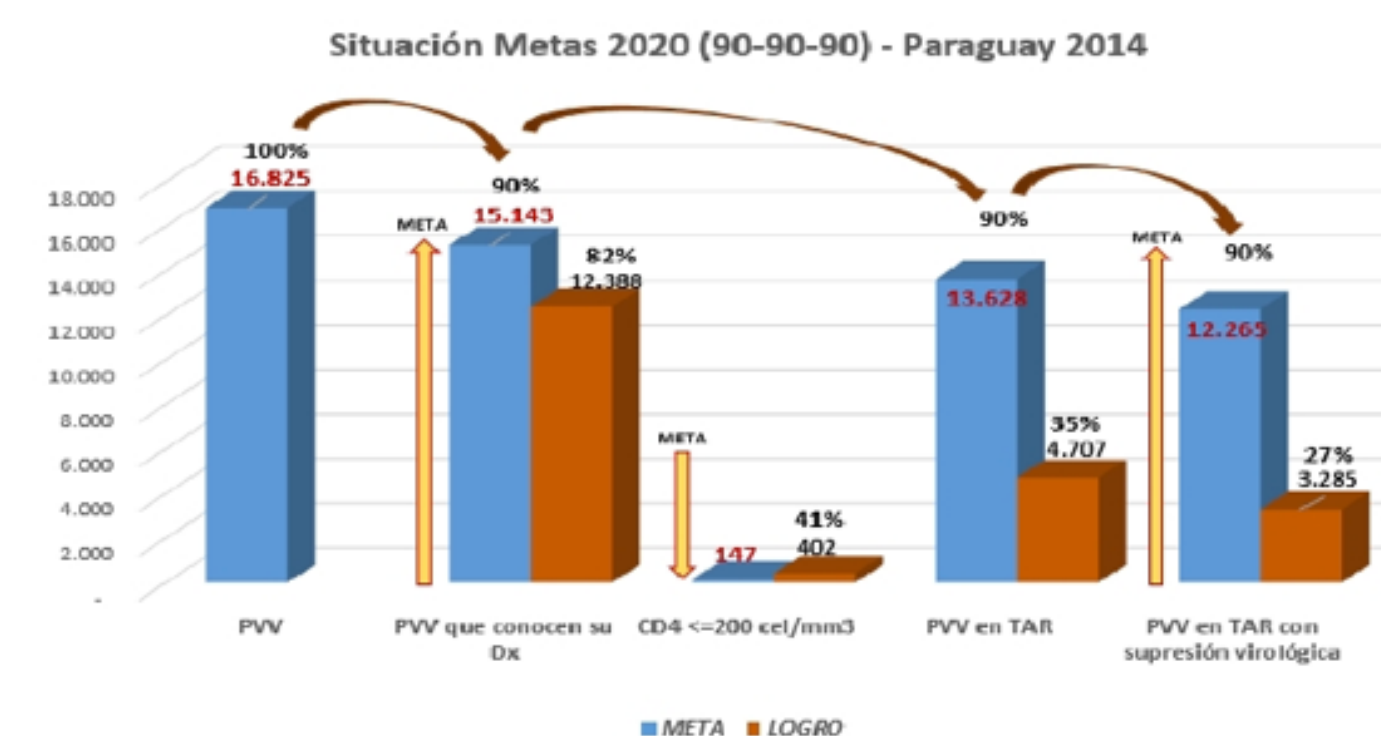
CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCION EN VIH - PARAGUAY 2014



Novos diagnósticos de HIV segundo o nível de CD4 Paraguai 2014. N: 982

Nível CD4 (cel/mm ³)	Número de PHIV	%
<200	402	40,94
200-349	256	26,07
350-500	176	17,92
>500	148	15,07

Fonte: Base de dados. Laboratorio - PRONASIDA



As estimativas de PHIV que existem no país, a brecha de pessoas que não conhecem seu estado sorológico é de 4.437 (26,4%).

Um total de 6.804 PHIV, (40,4%) do total de pessoas estimadas que vivem com HIV, estão vinculadas à atenção. 5.387 PHIV, (32%) do total de pessoas estimadas que vivem com HIV, estão retidas em atenção ao HIV.

Em dezembro de 2014, 4.707 PHIV estavam registradas recebendo tratamento antirretroviral nos serviços do Ministério da Saúde Pública, sendo 28% em relação ao total de PHIV estimado (espectro 2014), e atualmente 35% dos 90% de pessoas diagnosticadas estão em tratamento antirretroviral para 2020.

A supressão viral foi de 19,5% sobre o total estimado de PHIV (espectro 2014) e 27% dos 90% do total de pessoas em tratamento antirretroviral para 2020 têm CV <1000 cópias.

Dos novos diagnósticos de HIV em 2014 e que foram submetidos à primeira recontagem de CD4, 40,94% tinham < 200 cel/mm³.

O Paraguai reconhece as dificuldades do diagnóstico precoce e da descentralização a outras regiões sanitárias do país.

Persistem as limitações na atenção integral sem discriminação, com enfoque de gênero, diversidade sexual e respeito aos direitos humanos nos serviços de saúde, gerando inconvenientes na aderência ao tratamento e à vinculação das PHIV e população-chave.

Atualmente, o país está comprometido em diminuir as brechas relacionadas à cascata do contínuo de atenção através do Plano Integral de Abordagem e Intervenção do HIV no Paraguai.





Paraguay

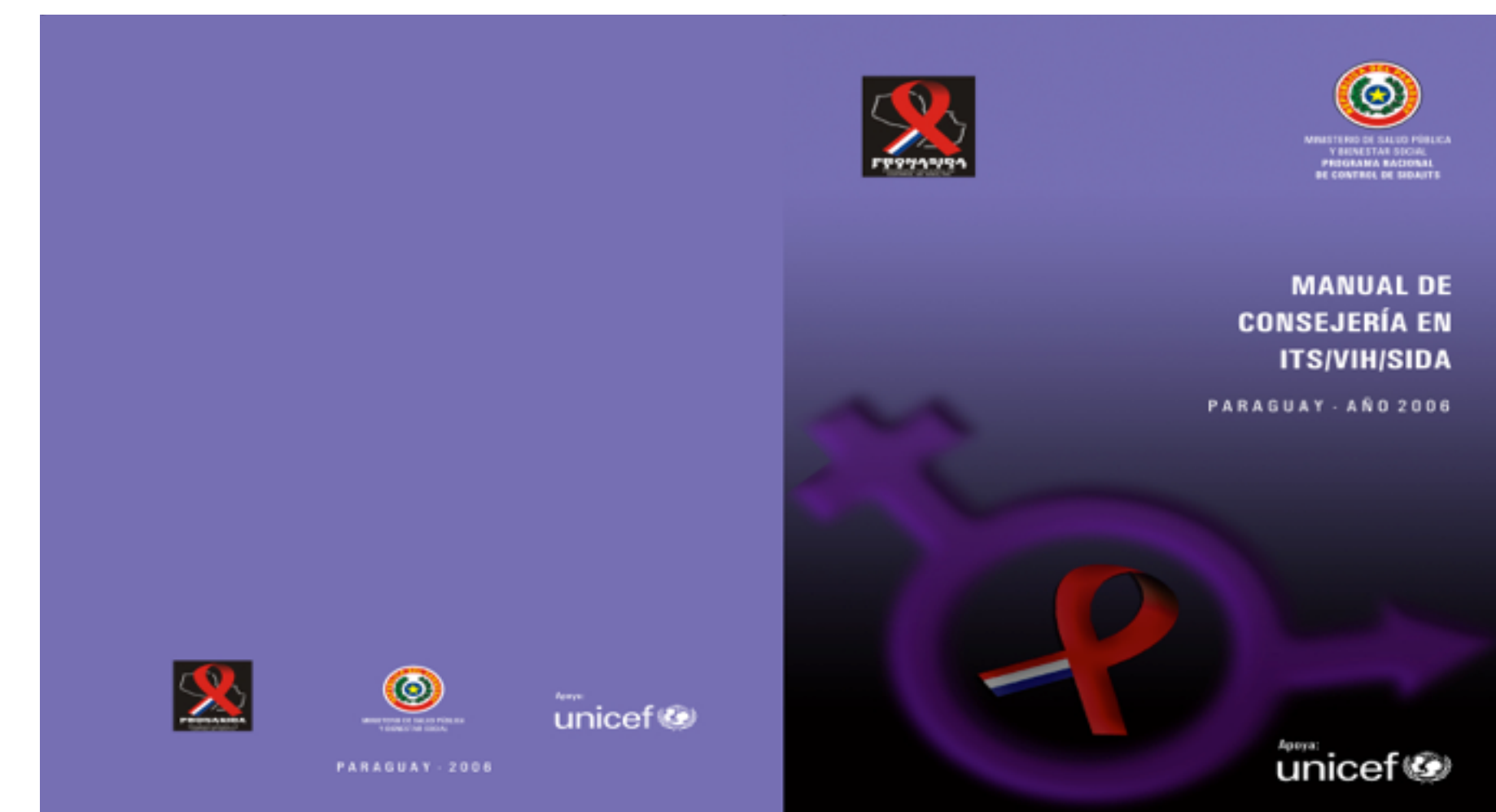
BOAS PRÁTICAS

Programa de Prevenção da Transmissão Materno-infantil (vertical) do HIV e sífilis (PTMI):

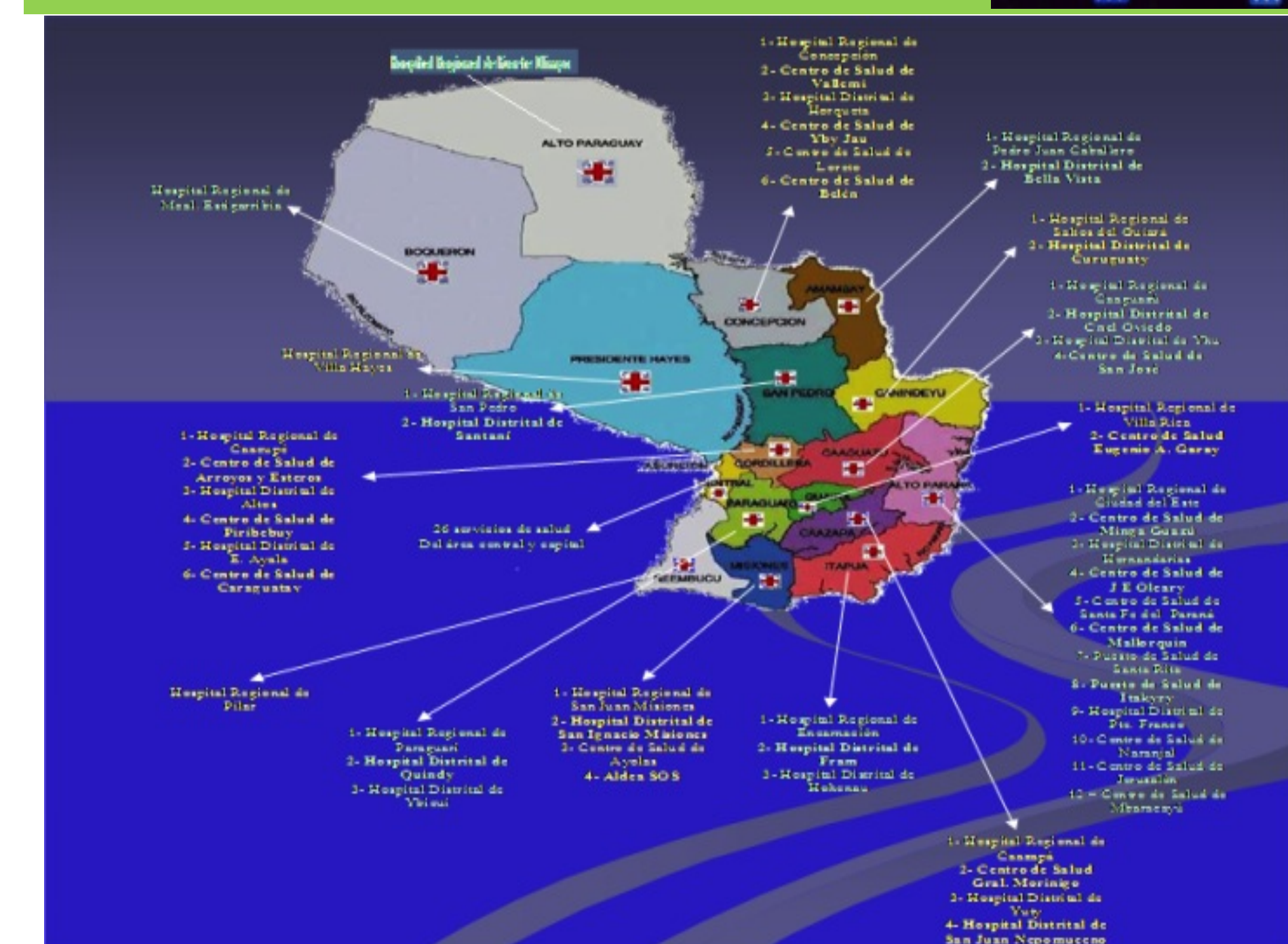
A partir de 2006, o PRONASIDA implementou o Programa de Prevenção da Transmissão Materno-infantil do HIV e sífilis. Este programa obteve resultados importantes, como a diminuição de novos casos de HIV em meninos e meninas e melhorou a detecção dos casos de sífilis congênita.

Com o objetivo geral de diminuir a transmissão vertical do HIV e eliminar a sífilis congênita como problema de saúde no Paraguai, as atividades realizadas no contexto deste programa foram: elaboração de resoluções ministeriais e normas para o trabalho nos serviços de saúde; elaboração de manuais; capacitação de recursos humanos em saúde para a implementação da estratégia de prevenção da transmissão vertical do HIV em nível nacional. As equipes multidisciplinares de trabalho de profissionais da saúde em PTMI do HIV e sífilis congênita foram capacitadas e continuam se fortalecendo em cada região sanitária para o tratamento e continuação dos mesmos, contando com o apoio permanente do PRONASIDA; implementação deste programa em todos os níveis de atenção: desde as unidades de saúde familiar, até postos e centros de saúde, hospitais distritais, regionais, materno-infantis e especializados. Entre as publicações, destacam-se:

- N° 433, de 5 de junho de 2006. **“obriga os provedores de saúde a oferecer os testes de HIV e sífilis a todas as grávidas que compareçam aos serviços do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSP e BS)”**.
- N° 396, de 25 de junho de 2007, Artigo 1º: **“declara prioritário para a saúde pública o Programa de Prevenção da Transmissão Materno-infantil (PTMI) do vírus da imunodeficiência humana HIV e a sífilis congênita”**.
- N° 488, de 14 de julho de 2009. **“declara prioritárias as normas para o tratamento da sífilis na gestante, seu parceiro e as crianças com sífilis congênita”**.
- N° 246, de 12 de abril de 2011. **“aprova a norma clínica para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis e sua aplicação obrigatória por parte dos profissionais da saúde”**.



Red de Servicios que realizan el Testeo Rápido para VIH y Sífilis



continua





Paraguay

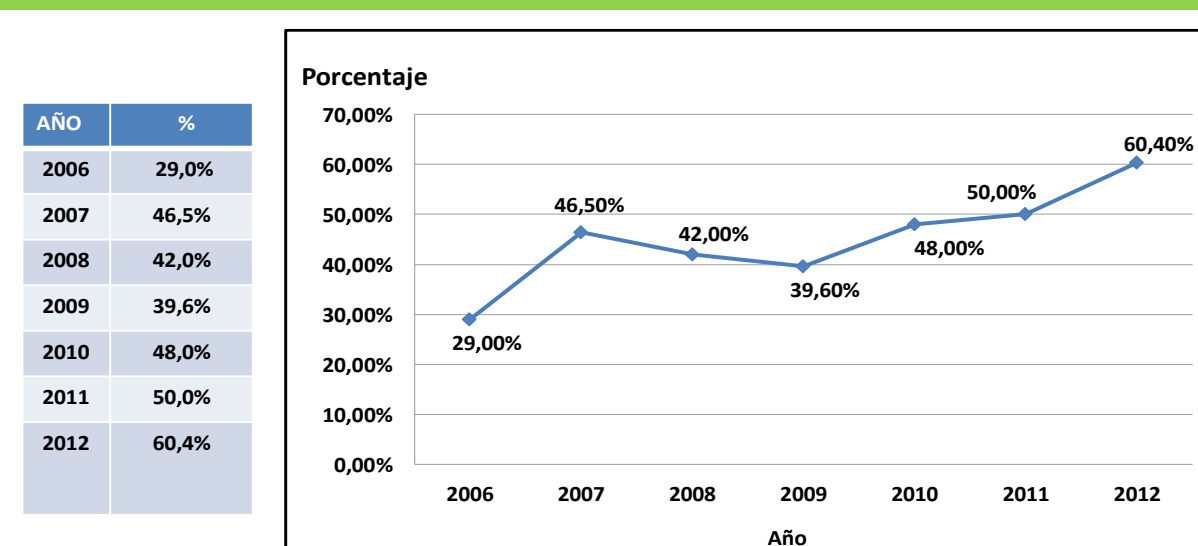
Atualmente, os testes rápidos são realizados em 1.100 serviços de saúde do país, o que corresponde a aproximadamente 80% de todos os estabelecimentos do país.

No Paraguai, todas as pessoas (homens, mulheres e grávidas) que ingressam em serviços de saúde, passam por admissão, pré-consulta, têm acesso a aconselhamento e a testes rápidos de diagnóstico para HIV e sífilis ao mesmo tempo de forma voluntária e gratuita.

Ao serem detectados casos positivos para HIV ou sífilis, essas pessoas receberão um conjunto de intervenções necessárias, a profilaxia com medicação antirretroviral, a cesárea eletiva, medicação antirretroviral para o recém-nascido e a supressão do aleitamento materno em caso de HIV, com a entrega de substitutos correspondentes do aleitamento materno por um período de 6 meses, e para as crianças nascidas de mães com HIV, a profilaxia com trimetoprim-sulfa. Caso o parceiro tenha resultado reativo de HIV, também terá acesso ao programa de atenção integral de forma gratuita.

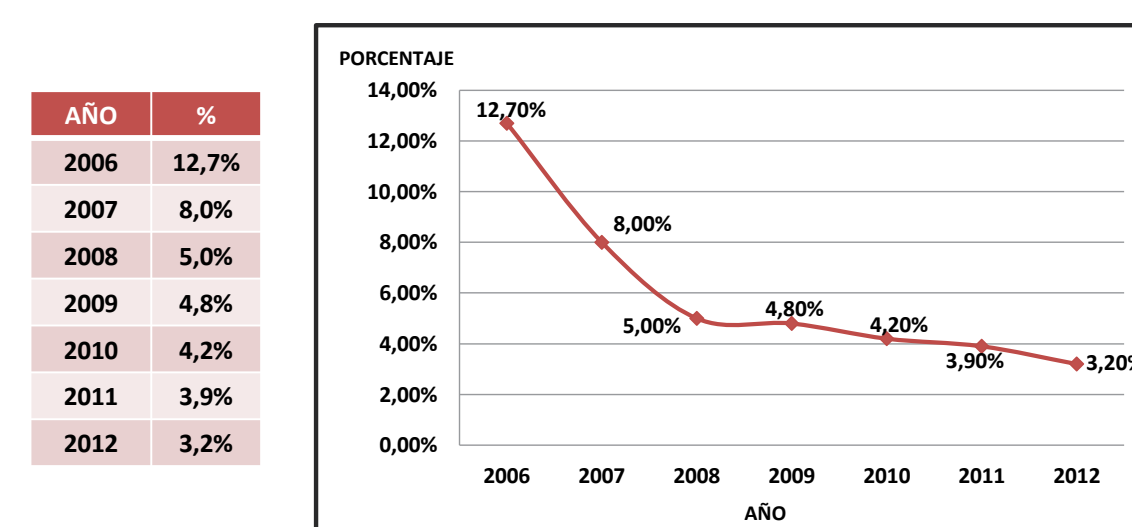
O PRONASIDA dispôs a implementação de postos de atenção às mulheres e seus filhos que tenham resultados positivos para a infecção do HIV, sífilis ou outra infecção sexualmente transmissível. Atualmente, estão funcionando os postos de: Instituto de Medicina Tropical-PRONASIDA, Encarnación, Ciudad del Este, Coronel Oviedo, Pedro Juan Caballero, Concepción, San Pedro e Boquerón. Os gráficos mostram alguns resultados de grande impacto.

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS NUEVAS + READMITIDAS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD Y RECIBEN CONSEJERIA Y TESTEO DE VIH Y SIFILIS PROCESO



- Cobertura: no ano de 2013, a cobertura foi de 62%, e em 2014, de 66%.
- Impacto nas crianças: a taxa de transmissão diminuiu de forma bastante significativa. Aproximadamente 1.600 meninos (as) estão sãos com esta estratégia. Atualmente, com o grupo monitorado até 2014, temos uma transmissão de 3%.

PORCENTAJE DE NIÑOS/AS INFECTADOS POR EL VIH DE MUJERES DANDO A LUZ EN LOS ULTIMOS 12 MESES IMPACTO



Os inúmeros desafios permanecem e incluem aumentar a cobertura para mais de 95% em diagnósticos e tratamento das mulheres grávidas com HIV, políticas de saúde do adolescente e do homem em todas as regiões sanitárias, implementar, em nível local, uma abordagem integral das pessoas que chegam aos serviços de saúde, fortalecer os sistemas de vigilância e informação nos serviços de saúde, integração dos programas de saúde e avaliação de impacto nas comunidades de atenção primária de saúde.





Paraguai

ENTREVISTA

María Lucila Esquivel representa a Associação de Mulheres Profissionais do Sexo Unidas na Esperança (UNES na sigla em espanhol), que faz parte da Rede Latino-americana de Trabalhadoras Sexuais da América Latina e Caribe (RedTraSex na sigla em espanhol). Ela é tesoureira da UNES e coordenadora do posto Cone Sul da RedTraSex.

A UNES é parte integrante da RedTraSex, que é composta por organizações de base de 15 países, unidas a partir de reivindicações em comum. O posto, no Paraguai, facilita a assessoria técnica e política, de modo que a coordenadora exerce um eixo político dentro da RedTraSex porque integra o grupo de trabalho de gestão e coordenação da proposta junto à unidade executora do projeto (UEP), e ainda representa, em toda sua extensão, a RedTraSex em instâncias políticas elevadas, como também em instâncias da sociedade civil propiciadas pela Organização dos Estados Americanos (OEA).

1. Qual é o propósito da UNES e como ela trabalha?

A UNES é uma organização social de base, que nasceu em 2004 e vem trabalhando há 11 anos no Paraguai em busca da promoção de políticas públicas que protejam o exercício do trabalho sexual e promovam o reconhecimento deste como tal, com o propósito de melhorar as condições de vida das mulheres profissionais do sexo (MPS) e erradicar todas as formas de discriminação e violência.

Os eixos de atuação prioritários são a incidência política e os direitos humanos; promoção e exigibilidade dos direitos sexuais e reprodutivos, prevenção do HIV/aids, desde uma perspectiva de saúde integral e empoderamento político das mulheres profissionais do sexo.

Além disso, a UNES é o principal, e estrategicamente, posto das organizações nacionais de MPS (ONMPS) do Cone Sul, o que implica a liderança política e técnica na região e a construção coletiva de capacidades com as ONMPS da Argentina, Chile, Bolívia, Paraguai e Uruguai, com uma líder reconhecida em nível latino-americano.

A UNES busca promover a articulação das mulheres que exercem livremente o trabalho sexual por meio da organização de base e a capacitação, lutando pelo respeito aos direitos humanos e contra a discriminação social, implementando estratégias para o fortalecimento institucional e o empoderamento das MPS.

2. Fale sobre alguns projetos recentes que foram implementados a partir da sua organização.

Os principais projetos em nível local e regional são os seguintes: projeto “Avançamos: fortalecendo a resposta nacional em HIV/aids/IST em 6 regiões sanitárias até a meta do acesso universalR8”; projeto em processo de execução denominado “Profissionais do sexo na América Latina e no Caribe trabalhando para criar alternativas que diminuam a vulnerabilidade ao HIV:

uma estratégia regional para um impacto verdadeiro”, com o financiamento do Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária; projeto “Expansão e sustentabilidade da resposta ao HIV no Paraguai” 2015/2018. Sub-beneficiárias projeto: “Rumo à integralidade nos serviços públicos em resposta nacional diante do HIV/aids das bases para as bases: UNES para educar, prevenir, acompanhar e dignificar as MPS”. Mas também implementamos ações nas áreas de direitos humanos, promoção da saúde (prevenção), atenção integral; com ações de sensibilização e formação, atividades de incidência com atores-chaves; processos de discussão em torno de políticas públicas, leis, decretos referentes ao trabalho sexual; oficinas de sensibilização sobre estigma e discriminação nos serviços públicos de saúde; campanhas de comunicação e sensibilização; produção de materiais informativos e também estudos e pesquisas.

3. E como trabalham nas áreas de prevenção, diagnóstico e atenção da saúde para as pessoas de sua população?

Todas as propostas da UNES marcam suas estratégias, tendo presente aspectos da desigualdade social e de gênero, cujas consequências geram maiores situações de vulnerabilidade para as MPS em todos os âmbitos, e o cruzamento de uma série de discriminações, estigmas e preconceitos, que devem ser erradicados.

A partir da UNES, estamos trabalhando a estratégia de “promoção por pares” como organização de base, isto é, de MPS para MPS. O que, por sua vez, permitiu uma aproximação mais fluida entre os pares, levando em conta que o ponto de partida para a execução da estratégia é contar com um dos principais elementos que ao longo do trabalho organizativo foi sendo construído e consolidado, no contexto de qualquer ação, “uma condição de iguais”. Isto não é um aspecto menor, principalmente porque facilitou um processo mais sólido e substancial, em especial, no empoderamento das MPS, desde suas próprias realidades e perspectivas comuns. Isto é a transformação social possível.

Outra das estratégias transversais da organização consiste em continuar impulsionando o processo de consciência de mais MPS acerca de sua realidade e, portanto, a exigibilidade de seus direitos. Embora se considere que sua aplicação não seja uma tarefa fácil, é o caminho que se persegue, já que buscamos promover iniciativas vinculadas à transformação de comportamentos sociais. Dessa maneira, é oferecido um processo de consciência, em direção ao incremento de MPS transformadoras de seus próprios comportamentos e visões.

Cada MPS que vai tomando consciência de sua realidade de forma mais crítica e proativa nos aproxima da construção de sociedades mais justas e igualitárias, que as reconheçam como sujeitos plenos de todos os direitos.

4. E sob qual abordagem educacional trabalham?

Sobre a concepção metodológica, trabalhamos desde a perspectiva da educação popular. As distintas iniciativas têm como ponto de partida as experiências específicas das MPS (e

entre elas) para o intercâmbio e construção de conhecimentos. Partimos da ideia de que educar implica poder gerar transformações na realidade e, portanto, incidir na mudança de comportamentos das MPS.

O processo, além disso, é entendido e concebido como algo permanente (ação-reflexão-ação), o que evidencia a necessidade de continuar impulsionando o fortalecimento de organizações de base comprometidas com a sustentação de processos que contribuam de forma substancial com a transformação de realidades injustas vividas pelas MPS em qualquer parte do mundo.

5. Há uma integração.

Utilizamos um “enfoque multi-país”: a soma integral e comprometida das partes equivale a um todo fortalecido. As propostas encaminhadas pela organização são marcadas por um enfoque multi-país, isto é, uma série de iniciativas em nível nacional vem sendo realizadas que, por sua vez, contam com ações específicas como parte importante da RedTraSex, o que permite uma rede de apoio simultâneo entre pares em nível regional.

O fato de contar com um respaldo político, organizativo e de intercâmbio permanente torna possível qualificar todas as ações vinculadas à incidência local e o alcance das metas. Adicionalmente, os recursos são otimizados e orientados de forma permanente a esforços coletivos, que seguem com a luta com base em reivindicações articuladas.

Como UNES, contamos com uma série de alianças estratégicas a partir de espaços de articulação em nível nacional e regional, nos quais se participa de forma ativa e protagonista.

6. Quais são algumas das mudanças que você considera mais significativas?

Ainda restam desafios importantes, principalmente nos aspectos culturais para a mudança de comportamentos, respeito à prevenção do HIV/aids, sobretudo nas relações com parceiros estáveis. Em outras palavras, as companheiras MPS avançaram ao exigir o uso de preservativos com os clientes, entretanto, não conseguem vencer práticas muito machistas por parte de seus parceiros, uma vez que continuam apresentando resistências no momento de usar proteção nas relações sexuais.

Realizamos uma série de oficinas de sensibilização, com aproximadamente 200 profissionais de saúde, a partir de um projeto regional como o RedTraSex, o que ajudou a potencializar a execução de todo o trabalho em nível nacional no que se refere à promoção e exigibilidade de serviços públicos de saúde com maior qualidade e sensibilidade, especialmente para as mulheres profissionais do sexo.

Chegar a mais companheiras MPS com informação ajudou a mudar, pelo menos de forma progressiva, a visão a respeito destes temas. Além disso, conseguiu dar visibilidade à organização em vários pontos do país.





Uruguai

RETRATO DA EPIDEMIA

Com mais de 30 anos da presença do HIV em nosso país, podemos verificar que a epidemia de HIV/aids encontra-se claramente estabelecida, com um caráter endêmico e concentrado em alguns grupos específicos (tabela 1).

Tabela N° 1. Prevalência de HIV em estudos sorológicos de segunda geração e em registros da Área Programática IST-HIV/Aids em populações específicas.

População	Prevalência	Ano	Amostra	Origem dos dados
Profissionais do sexo trans femininas	35,5%	2007	n=105 18 a 65 anos Montevideu	Estudo de comportamentos, práticas e sorologia. PPIST-Aids ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UdeLaR ⁽³⁾ .
	26%	2013	n = 89 Montevideu e interior ⁽⁴⁾	Estudo de 2ª geração em pessoas trans femininas. Ministério da Saúde Pública (MSP). Projeto do Fundo Global (FG).
Mulheres trans	21%	2013	n = 174 Montevideu e interior ⁽⁴⁾	Estudo de 2ª geração em pessoas trans femininas. MSP. Projeto FG.
Profissionais do sexo masculinos	8,1%	2007	n = 183 18 a 65 anos Montevideu	Estudo de comportamentos, práticas e sorologia. PPIST-Aids ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UdeLaR ⁽³⁾ .
	8,5%	2013	n = 77 Montevideu e interior ⁽⁴⁾	Estudo de 2ª geração em homens que fazem sexo com homens (HSH). MSP. Projeto FG.
Homens que fazem sexo com homens (HSH)	9%	2008	n = 309 18 a 65 anos Montevideu	Estudo de comportamentos, práticas e sorologia. PPIST-Aids ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UdeLaR ⁽³⁾ .
	9,7%	2013	n = 290 Montevideu e interior ⁽⁴⁾	Estudo de 2ª geração em HSH. MSP. Projeto FG.
Profissionais do sexo (PS) mulheres	0,7%	2013	n = 1938 Nacional	Registro de controle de saúde de profissionais do sexo (refere-se apenas a PS que realizam controle)
População Privada de Liberdade (PPL)	2,4%	2013	n = 1700 Nacional	Registro (prevalência em ingresso a unidades de internação de PPL)
Usuários de pasta base de cocaína (PBC)	6,3% (10,4% em usuários de drogas (UD) injetáveis alguma vez na vida)	2012	n = 318 Montevideu e região metropolitana	Estudo de soroprevalência, conhecimentos, atitudes e práticas em usuários de PBC. MSP, PIST-HIV/Aids. JND ⁽⁵⁾ . UNAIDS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

(1) Programa Prioritário IST-Aids. (2) Associação Trans do Uruguai. (3) Universidade da República. (4) Artigas, Cerro Largo, Colônia, Maldonado. (5) Junta Nacional de Drogas.

Vigilância universal de HIV

Desde o ano de 1983 até dezembro de 2014, foram diagnosticadas aproximadamente 15.000 pessoas com HIV. A taxa de notificação de HIV apresentou um aumento sustentado até o ano de 2011, seguida de um decréscimo, tanto na taxa global, como nas específicas, de ambos os sexos. Em 2014, foi notificado um total de 986 novos diagnósticos em adultos, alcançando uma taxa de 30/100.000 habitantes(h), predominantemente em homens. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Taxa total de novos diagnósticos e por sexo biológico. Anos 2010-2014

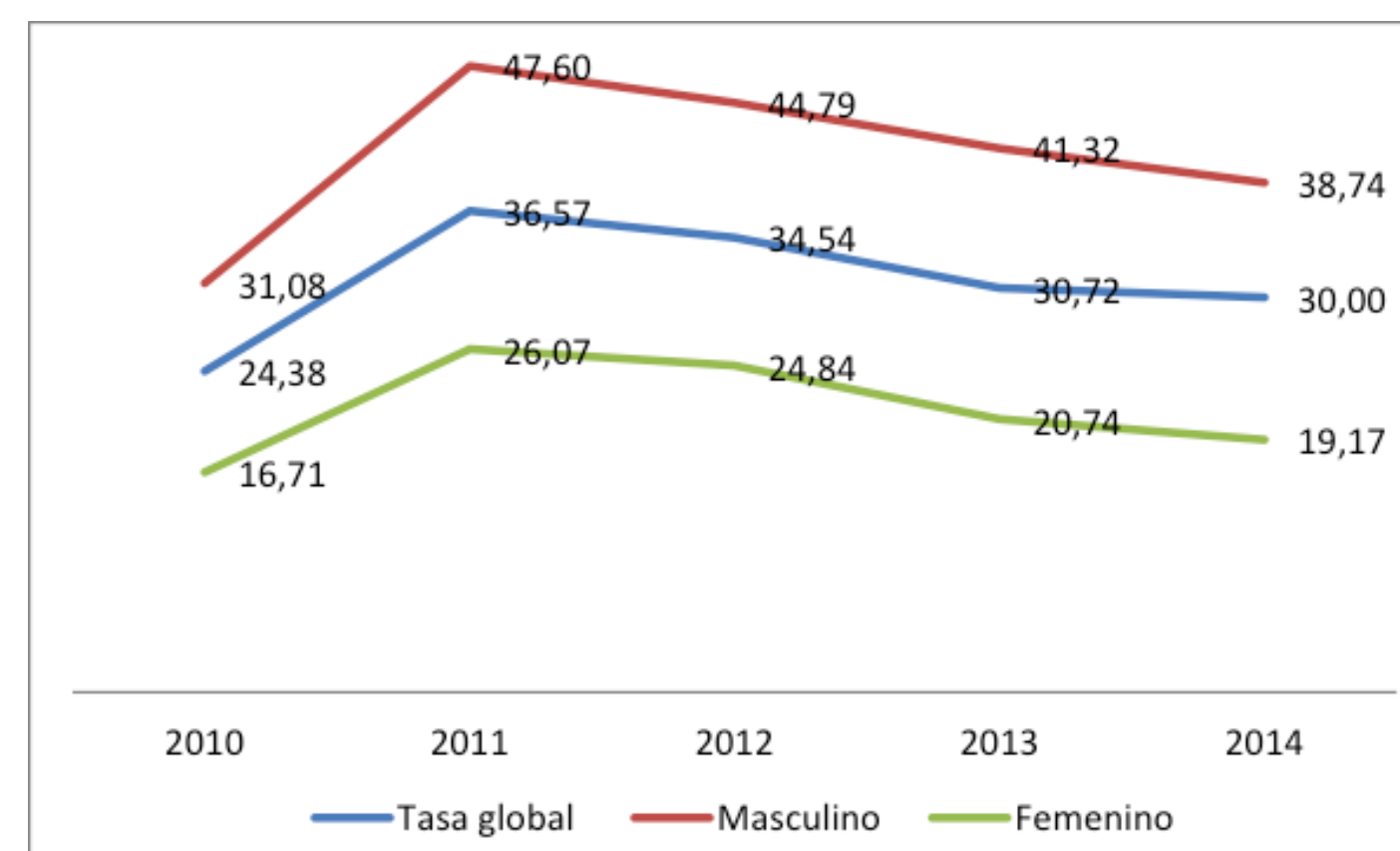


Tabela 2. Taxa de novos diagnósticos segundo o sexo. Anos 2010-2014

Ano	Masculino	Femenino
2010	31,08	16,71
2011	47,60	26,07
2012	44,79	24,84
2013	41,32	20,74
2014	38,74	19,17

A taxa de novos diagnósticos de HIV em ambos os sexos é mais alta no grupo de 25 a 34 anos, seguida, em ordem, pelo grupo de 35 a 44 anos.

Gráfico 2. Taxa de novos diagnósticos segundo os grupos de idade na população masculina

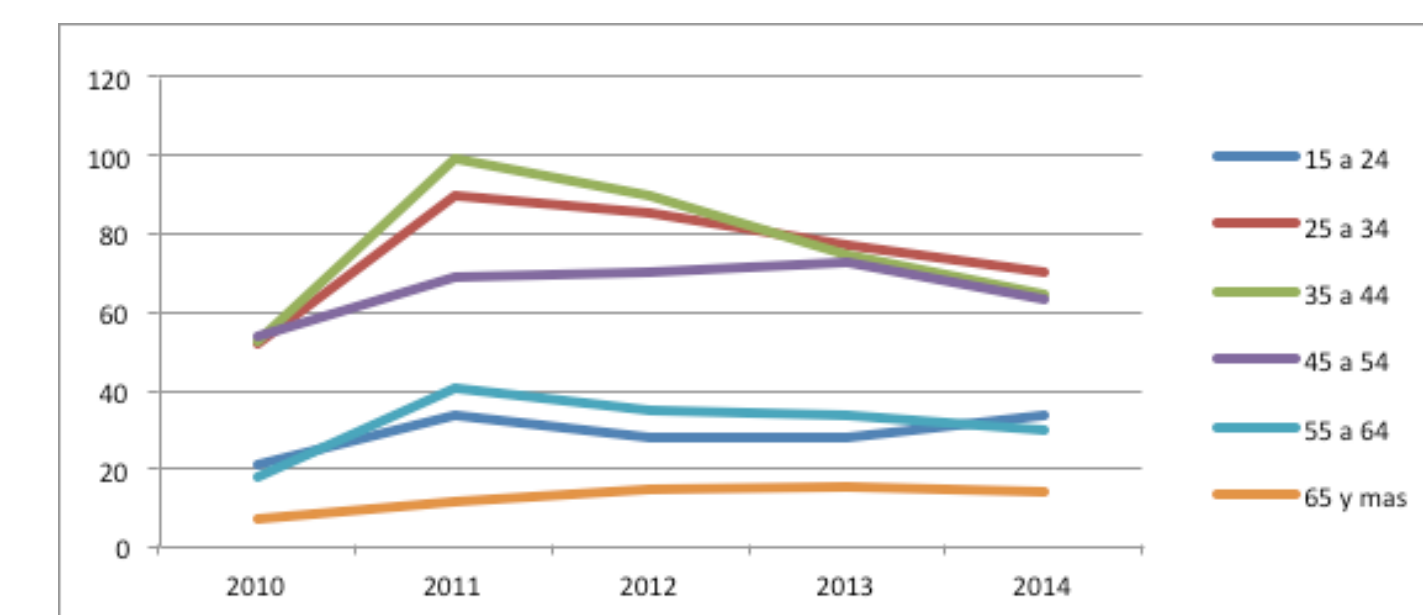
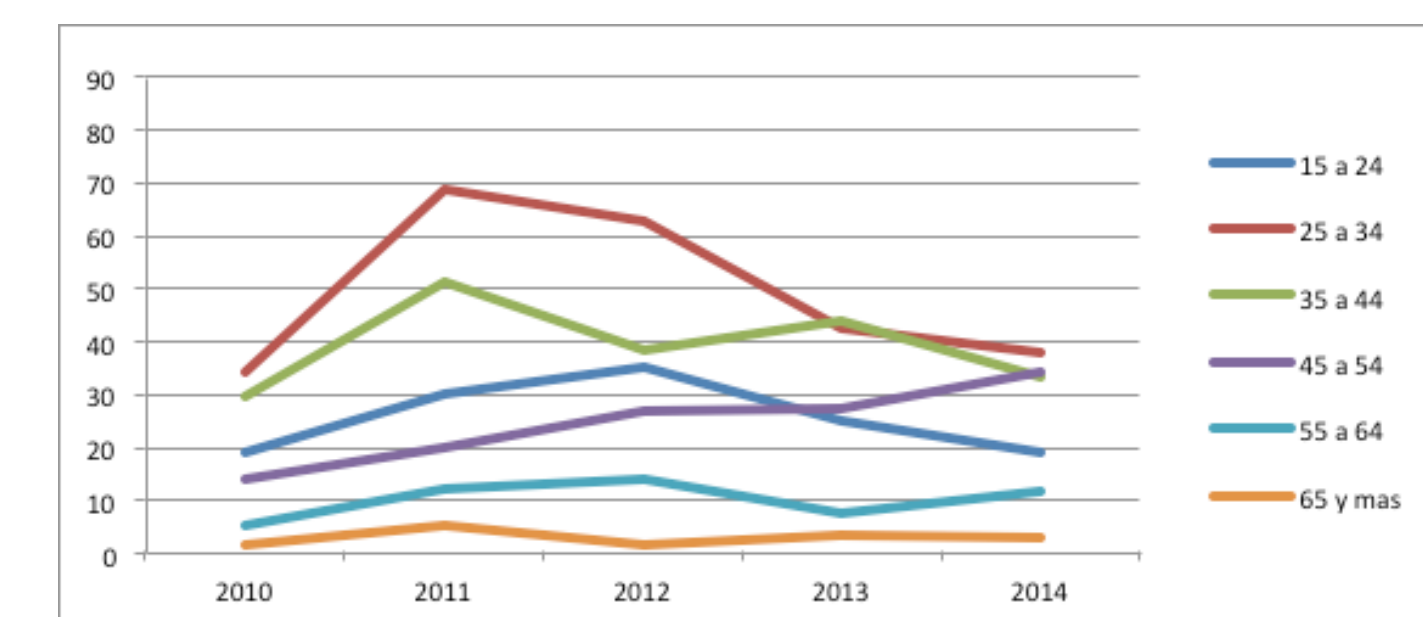


Gráfico 3. Taxa de novos diagnósticos segundo os grupos de idade na população feminina



Dos 986 casos notificados em 2014, em 15%, não foi registrada a possível via de transmissão no formulário de notificação, 77% declararam relações heterossexuais, 16% relações sexuais entre homens (HSH) e 3% relações sexuais com ambos os sexos. No sexo masculino, 59% declararam relações heterossexuais e 41% relações com pessoas do mesmo sexo (incluindo bissexuais).

6% das notificações corresponderam à via sanguínea (drogas injetáveis) e menos de 1% correspondeu a casos de transmissão materno-infantil (TMI), também conhecida como vertical.

16% dos novos casos foram diagnosticados com uma doença oportunista. A tuberculose é a doença oportunista mais frequente nos casos de aids notificados.

A taxa de mortalidade por aids em 2014 foi de 5,3 por 100.000 habitantes, sendo superior nas pessoas do sexo masculino (7,92 em homens e 2,93 em mulheres por 100.000 h).



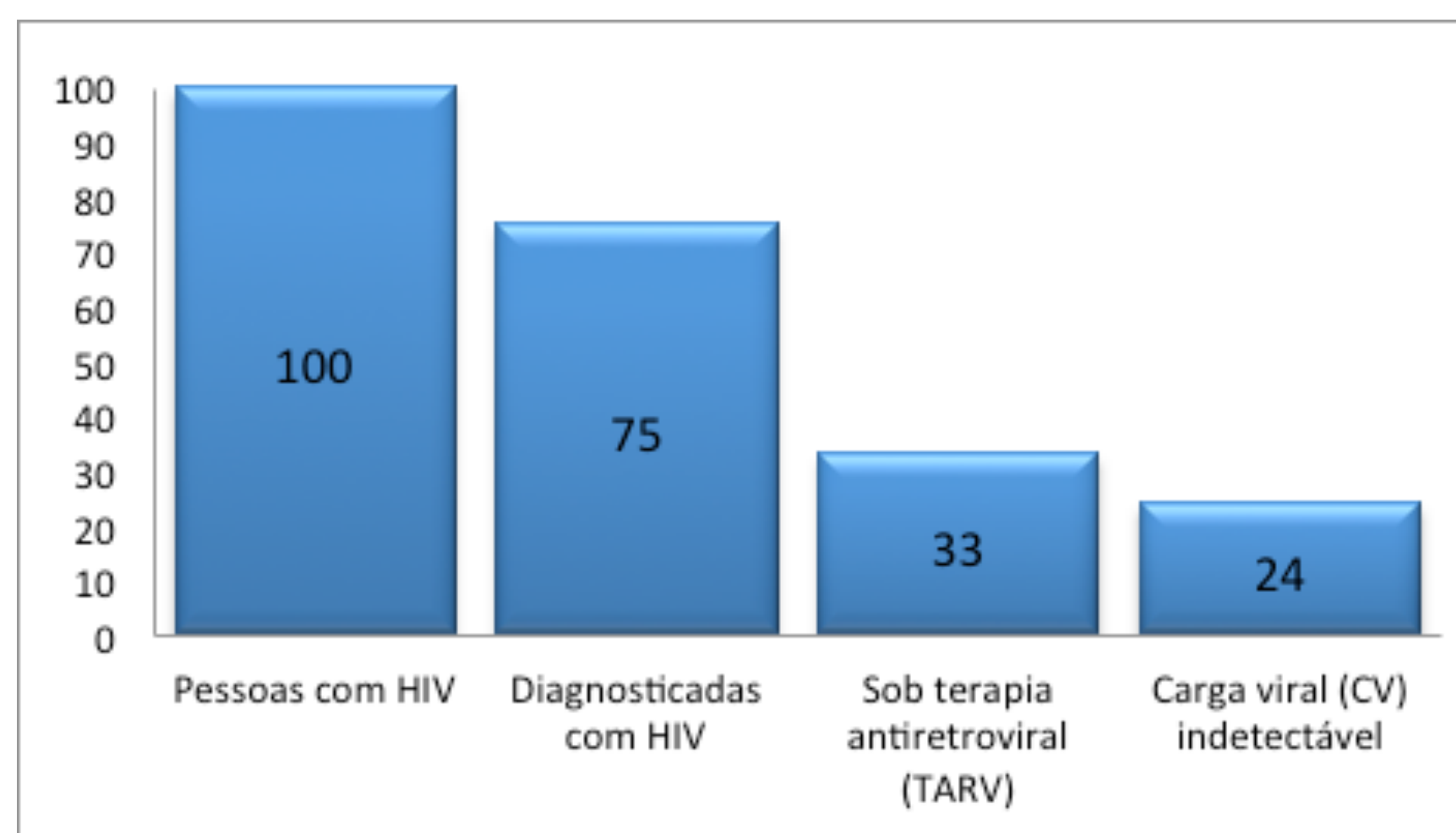


Uruguai

DESAFIO 90/90/90

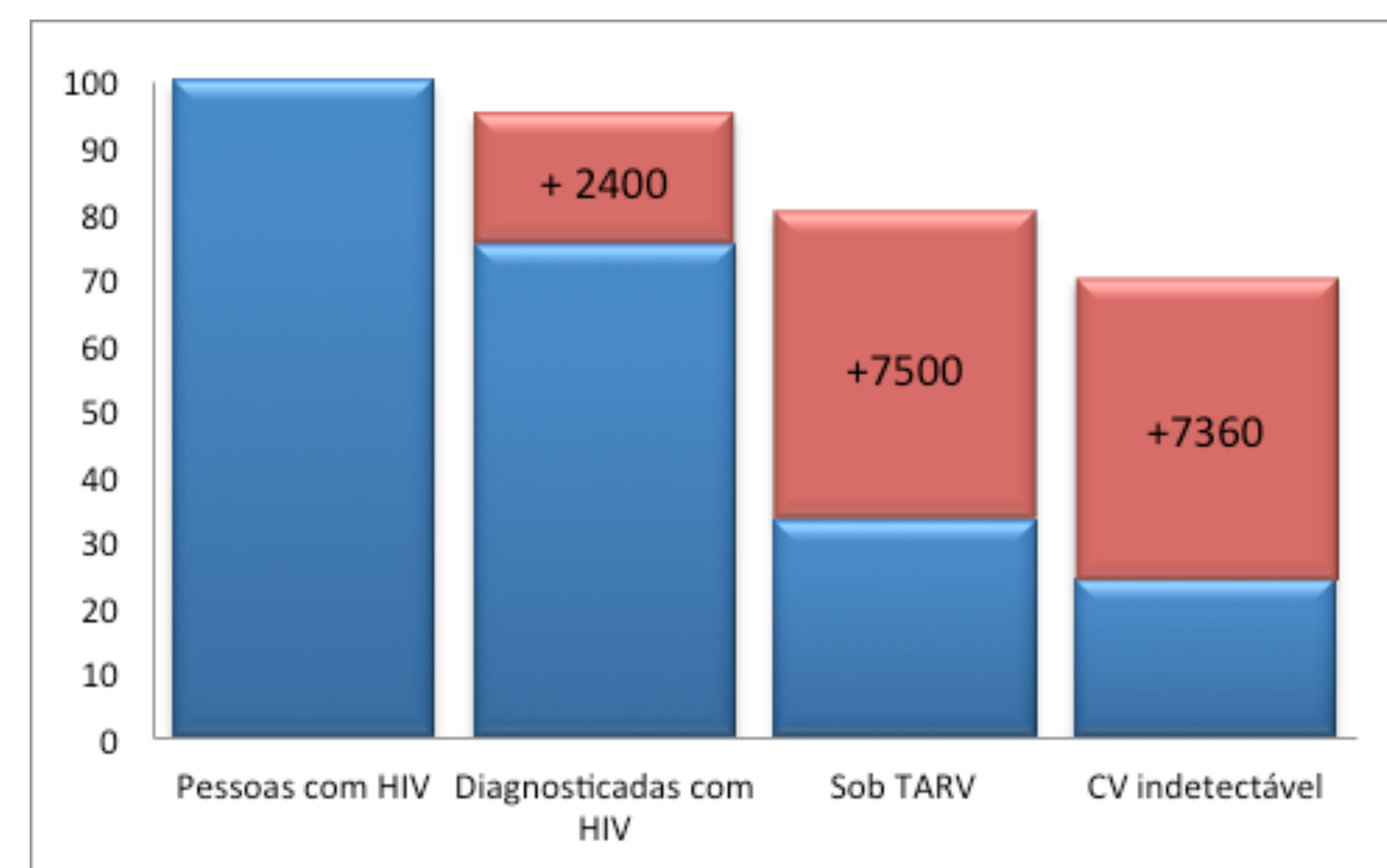
A construção da cascata do contínuo de atenção de pessoas com HIV correspondente ao ano de 2014 permite analisar algumas das brechas e principais desafios que o país enfrenta. A atual planificação do quinquênio 2015-2020 se baseia principalmente nesta análise (Gráficos 1 e 2). Uma das metas é melhorar as ferramentas de monitoramento a fim de obter informações confiáveis e conhecer os pilares atualmente não disponíveis (vinculação e retenção das pessoas no sistema de saúde).

Gráfico 1. Cascata do contínuo de atenção de pessoas com HIV no Uruguai.



Pessoas com HIV: 16.000; Fonte: Spectrum. Pessoas vivendo com HIV: 12.000; Fonte: Departamento de Vigilância em Saúde (DEVISA).
Sob TARV (terapia antiretroviral): 5.300. CV (carga viral) indetectável: 3.840. Fonte: pesquisa de uso de antirretrovirais Programa IST-HIV/Aids.

Gráfico 2. Cascata do contínuo de atenção de pessoas com HIV e brechas.



MELHORES PRÁTICAS

Melhorando o conhecimento da transmissão materno-infantil (vertical) do HIV e sífilis no Uruguai por meio de auditorias

Vigilância epidemiológica de sífilis congênita e HIV infantil

No Uruguai, a sífilis congênita é uma doença de notificação obrigatória, sendo notificada diante da suspeita e/ou confirmação.

Por meio da notificação epidemiológica, foi constatado um aumento da incidência de sífilis congênita (SC) na última década. Esta tendência coincide com os dados fornecidos pelo Sistema Informático Perinatal (SIP), que se constituiu como um instrumento de vigilância epidemiológica de relevância com uma cobertura crescente, sendo uma ferramenta de registro clínico, análise epidemiológica e de gestão. Seu uso tem facilitado a assistência e permitido uma aproximação da realidade epidemiológica de nosso país e estabelecer ações sanitárias, que contribuíram para a melhoria dos resultados da saúde materna e perinatal. No caso da sífilis, o registro do resultado de um teste reativo (treponêmico e/ou não treponêmico) durante a gestação e teste não treponêmico no sangue do cordão umbilical permite avaliar as tendências no tempo de forma muito sensível, ainda que pouco específica.

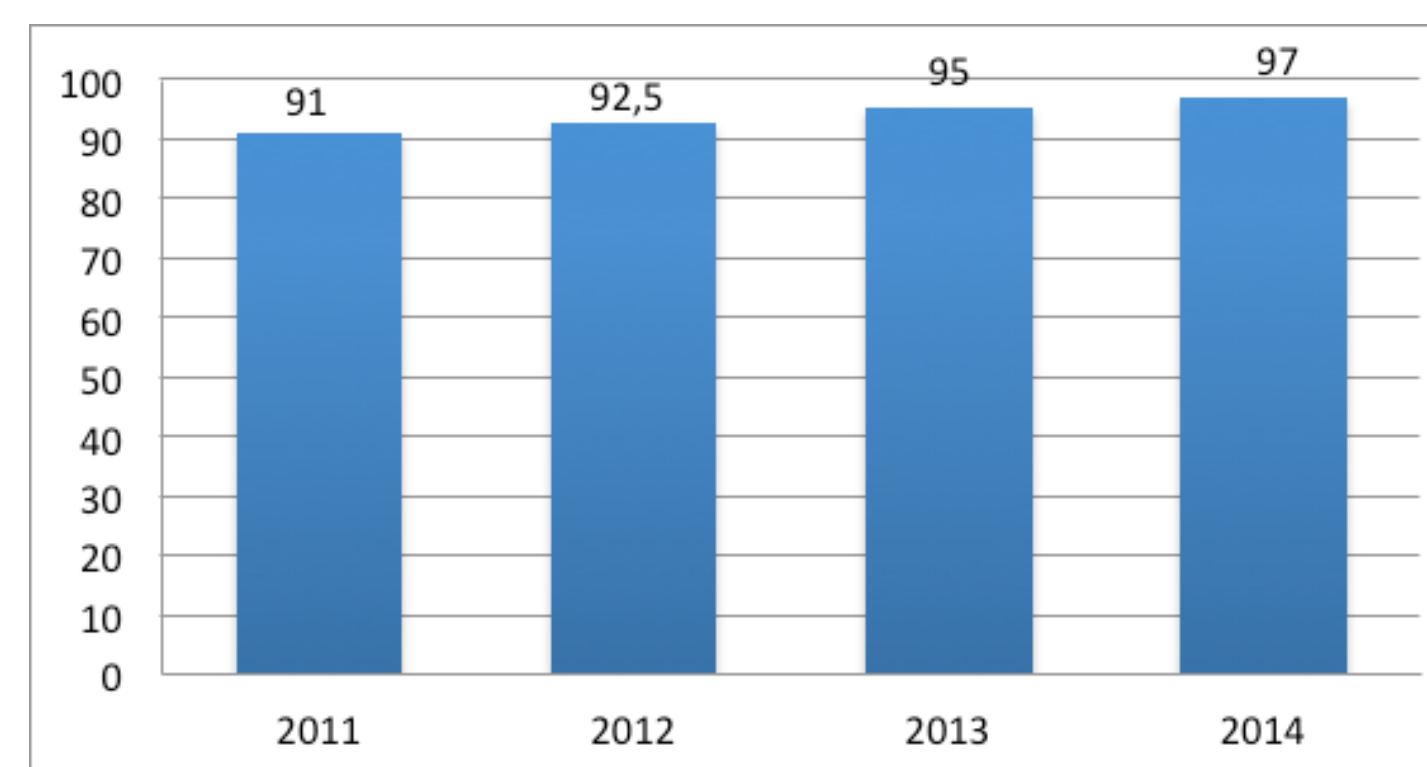
Quanto à informação de transmissão materno-infantil (TMI) de HIV, esta foi obtida principalmente a partir de pesquisas a serviços de saúde e busca ativa de casos. Embora a vigilância epidemiológica de crianças que adquirem HIV por transmissão vertical esteja implementada, não existe uma notificação obrigatória de crianças expostas, o que dificulta obter uma informação correta da taxa de transmissão vertical (TV).

Como se pode observar na tabela 1 e no gráfico 1, existe, no Uruguai, uma cobertura elevada de triagem de teste de sífilis e HIV durante a gravidez, no entanto, ainda não se conseguiu alcançar e sustentar as metas de eliminação da sífilis congênita e HIV.

Tabela 1. Cobertura SIP, triagem e testes reativos de sífilis em mulheres grávidas e de sangue do cordão umbilical. (SIP: 2005-2013).

Ano	MULHERES GRÁVIDAS				RECÉM-NASCIDOS		
	Cobertura SIP	Casos SIP (n)	Teste de sífilis realizado, n (%)	Teste de sífilis reativo, % (n)	Teste no cordão umbilical, n	Teste realizado em filhos de casos reativos	Teste de sífilis reativo em cordão umbilical, % (n)
2005	77%	36778	34003 (92,5)	1,1 (370)	25355	229 (62%)	0,6 (141)
2006	79%	38438	35470 (92,3)	1,1 (404)	26786	257 (64%)	0,7 (198)
2007	79%	37591	33235 (93,7)	1,3 (432)	22068	s/d	1,0 (220)
2008	89%	41839	39167 (93,6)	1,4 (556)	29382	443 (80%)	1,2 (352)
2009	88%	42384	39950 (94,3)	1,7 (696)	30645	419 (60%)	1,1 (337)
2010	89%	42902	39770 (92,7)	1,9 (762)	35787	598 (78%)	1,2 (440)
2011	90%	42556	40215 (94,5)	1,8 (725)	35939	555 (77%)	1,1 (395)
2012	94%	45257	43626 (96,4)	1,5 (657)	38766	496 (75%)	0,8 (318)
2013	96%	47174	45523 (96,5)	1,6 (712)	40625	532 (75%)	0,8 (338)

Gráfico 1. Evolução da triagem de HIV para a mulher grávida (SIP: 2011-2014)



IMPLEMENTAÇÃO DE AUDITORIAS NO ANO DE 2013

Apesar da elevada taxa de gestações controladas adequadamente por pessoal capacitado no Uruguai e de uma série de ações implementadas no país, as metas de eliminação não foram alcançadas: incidência de sífilis congênita < 0.5/1.000 nascimentos e taxa de TV de HIV < 2%.

A triagem de sífilis durante a gravidez foi implementada no ano de 1977. A partir de 2005, iniciou-se a utilização de testes rápidos de sífilis no primeiro nível de atendimento e a prática de tratamento imediato foi generalizada para a mulher e seu parceiro com este teste reativo.

Também foi implementada uma série de ações com o objetivo de evitar a TV do HIV. No ano de 1990, a substituição do aleitamento materno por fórmulas; em 1996, antirretrovirais para a mãe e o recém-nascido; em 1997, a obrigatoriedade da oferta de teste de HIV em 2 momentos durante a gravidez e o tratamento antirretroviral para mulher; em 1999, cesárea eletiva; em 2002, teste rápido na captação tardia, incluindo o trabalho de parto, para mulheres sem controle durante a gestação ou com fatores de risco para a aquisição de HIV.

No ano de 2010, e dando continuidade às ações empreendidas no período anterior, o Ministério da Saúde Pública (MSP) considerou uma prioridade a elaboração de estratégias para a eliminação da sífilis congênita e a transmissão vertical do HIV, elaborando um Plano de Impacto, novas normativas, atualizando as ferramentas de notificação epidemiológica com inclusão da variável HIV na história clínica perinatal e SIP, e estabelecendo a obrigatoriedade de realizar auditorias. O Sistema Informático Perinatal, implementado por lei em todas as maternidades do país desde 1986, constituiu-se como uma fonte de informação de grande potencial; a versão 2010 agrega dados de HIV, de tratamento antirretroviral e de captação do parceiro, e exige o preenchimento completo da história clínica perinatal, o carregamento dos dados para uma base de dados e o envio ao Ministério da Saúde Pública exigindo seu cumprimento a todos os prestadores como "meta prestacional".

continua

Neste contexto, a auditoria foi planejada como uma ferramenta para melhorar o conhecimento epidemiológico, mas especialmente para identificar as brechas assistenciais e dispor de informação estratégica para melhorar os processos. Inicialmente, foi implementada a auditoria de sífilis (2012) e logo a de HIV (2013), ambas obrigatórias por resolução ministerial. A responsabilidade recai sobre a direção técnica do prestador de saúde e a auditoria deve ser realizada em todos os casos em que se identifique teste reativo de sífilis e/ou HIV na mulher grávida, ou em puerpério (ou no recém-nascido), em outras palavras, são identificadas todas as crianças expostas e não apenas as que finalmente resultam infectadas.

RESUMO DOS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE AUDITÓRIAS

SÍFILIS CONGÊNITA

Foram processadas 548 auditorias de 648 casos com testes reativos de sífilis identificados no SIP, dos quais 294 (54%) corresponderam a sífilis ativa, por isso a prevalência de sífilis gestacional em 2013 foi de 0,6% (294/47174). Foram identificados 97 casos que cumpriram com a definição de sífilis congênita (SC) da OPAS-OMS, o que corresponde a uma incidência de SC de 2/1.000 nascimentos. As crianças expostas com diagnóstico de SC foram produtos de gestações com menor quantidade de controles, gestações com captação tardia, com diagnóstico de sífilis com idade gestacional mais avançada ou no puerpério.

Tabela 2. Variáveis associadas a SC

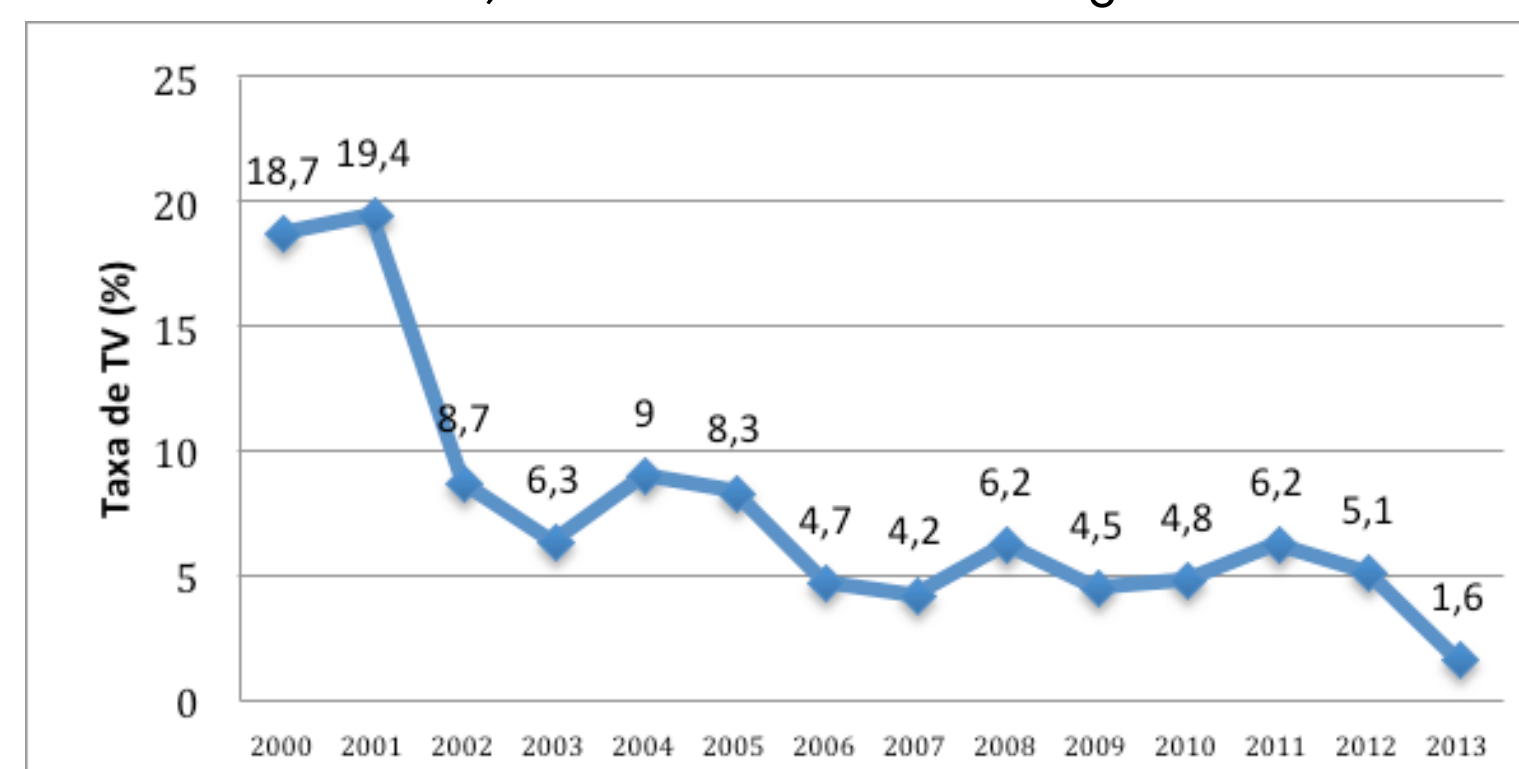
VARIÁVEIS	SC: 97	NÃO SC: 195	Valor de P
Menos de 5 controles	51,5% (50/97)	14,4% (28/195)	< 0.0001
Diagnóstico de gravidez (Idade gestacional (IG) em semanas)	17 ± 9	12 ± 6	< 0.001
IG média ao diagnóstico de sífilis (semanas)	25 ± 9	18 ± 8	< 0.0001
Diagnóstico de sífilis no puerpério	41	2	< 0.0001
Tratamento correto (%)*	35 (34/97)	96 (187/195)	< 0.0001

* Tempo superior a 30 dias prévios ao parto, com penicilina e tratamento do parceiro.

TRANSMISSÃO PERINATAL DE HIV

Foram identificadas 124 mulheres com HIV que tiveram o parto em 2013 (prevalência de 0,3%). Em 54 delas (44%), o diagnóstico de HIV foi realizado durante a gravidez ou no parto e, em 70 (56%), este diagnóstico era conhecido previamente à gravidez. A taxa de TV em 2013 foi a mínima histórica – 1,6% – alcançando a meta de eliminação. O gráfico a seguir mostra a evolução da TV no Uruguai desde o ano 2000.

Gráfico 2. Evolução da taxa de TV no Uruguai. 2000-2013



Fontes - 2000 a 2010: notificação epidemiológica e busca ativa; 2011 e 2012: idem ao anterior, mais pesquisas a serviços; 2013: notificação, busca ativa e auditorias.

A seguir, apresenta-se a análise do grupo de mulheres grávidas com HIV 2012-2013, em que se pode identificar a presença de algumas variáveis.

Tabela 3. Características de mulheres com HIV durante a gravidez e sua associação com TMI de HIV. 2012-2013.

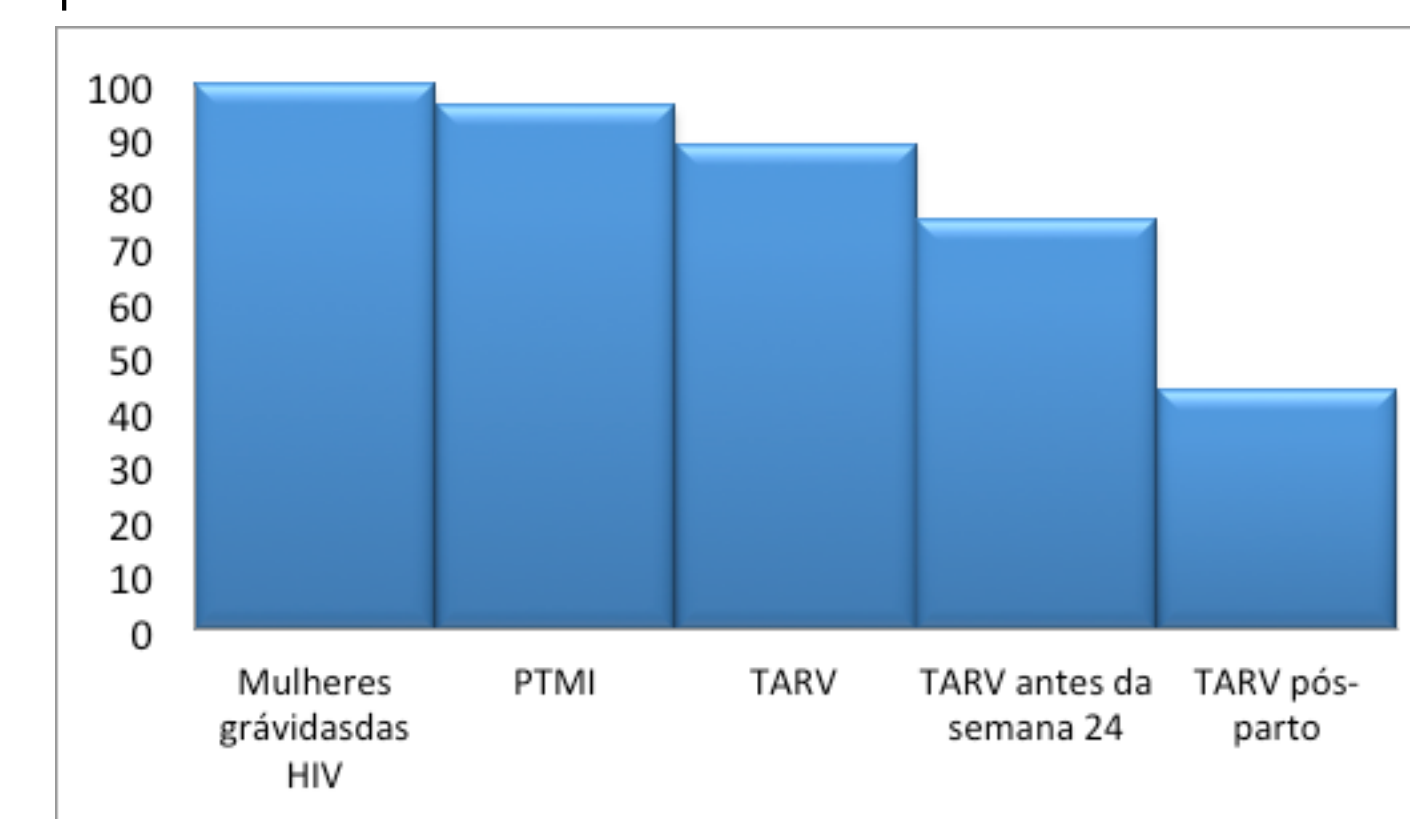
Características (Sim/Não)	Recém-nascidos (RN) expostos (253)		Valor p
	Positivo (n = 9)	Negativo (n = 244)	
Diagnóstico em TDP(1) ou puerpério (n = 242)	3/6	7/206	< 0,0001
Não PTMI(2) (n = 242)	3/6	7/206	< 0,0001
Não TARV(3) (n = 224)	5/4	19/196	< 0,0001
Idade gestacional ao diagnóstico de HIV em semanas (média, DS)	36 ± 3	16 ± 11	< ,0001
Última CV(4) prévia ao parto > 50 cópias/mL (n = 211)	6/3	50/152	0,016
Parto vaginal (n = 222)	3/5	78/136	0,87

Esclarecimentos: (1)TDP: trabalho de parto. (2) PTMI: Prevenção da transmissão materno-infantil. (3)TARV: terapia antirretroviral. (4) CV: carga viral.

Uma preocupação que surgiu durante a análise dos dados é a baixa cobertura de TARV em mulheres que conheciam seu diagnóstico de HIV previamente à gravidez (32%), dados que coincidem com a cobertura nacional.

Com os dados alcançados no período 2012-2014, foi construída uma cascata do contínuo de atenção de mulheres com HIV, em que se identificam as referências de tratamento durante a gestação e no pós-parto, observando-se uma elevada taxa de descontinuações de TARV nos primeiros 6 meses do puerpério. Isso reflete uma brecha na retenção em cuidados nesta etapa, provavelmente consequência da vulnerabilidade vinculada a inequidades relacionadas ao gênero.

Gráfico 3. Cascata do contínuo de atenção com as referências de tratamento em mulheres com HIV que tiveram o parto no período 2012-2013.



PTMI (profilaxia da transmissão materno-infantil) refere à administração de qualquer antirretroviral: somente zidovudina no parto ou TARV (tripla terapia).

O Ministério da Saúde Pública definiu como prioridade alcançar e sustentar as metas de eliminação da SC e da transmissão vertical do HIV, para as quais haverá continuidade e se aprofundarão as ações para melhorar o acesso e qualidade do controle das mulheres gestantes, incluindo a captação de seus parceiros e sua vinculação a cuidados logo após o parto.

No ano de 2013, a pauta de testagem foi atualizada, devendo ser oferecido o teste diagnóstico de sífilis e HIV no primeiro controle, segundo e terceiro trimestres. O teste rápido é recomendado no primeiro controle em toda gravidez de captação tardia e no trabalho de parto ou puerpério imediato em mulheres sem controles ou com fatores de risco para aquisição da infecção.

Em fevereiro de 2014, foi promulgado o Decreto Presidencial 25/2014, que recomenda promover o acompanhamento da mulher por seu parceiro no controle pré-natal pelo menos uma vez no 1º trimestre e uma vez no 3º. E, no momento atual, está sendo avaliada a implementação da oferta de testes de sífilis e HIV para o parceiro da mulher grávida, independentemente do resultado do teste na mulher.

Por outro lado, a descentralização da atenção a pessoas com HIV até o primeiro nível está se tornando uma estratégia necessária para melhorar o acesso e está sendo avaliada como eficaz para manter as mulheres em atenção e sob TARV logo após o parto.

A implementação das auditorias continua. Estas auditorias mostraram-se uma ferramenta de grande utilidade, não somente para conhecer com maior certeza a situação epidemiológica, mas também para identificar as brechas e realizar monitoramento e avaliação dos processos e resultados para a melhoria na qualidade da atenção.



Venezuela

MELHORES PRÁTICAS

O HIV NOS CENTROS PENITENCIÁRIOS DA REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA

Contexto

Há aproximadamente quinze anos, estamos trabalhando, direta e indiretamente, com a população privada de liberdade de sexo masculino e feminino, adolescentes, pessoal da área administrativa, tanto civis quanto militares, familiares, visitantes, equipes de saúde e voluntariado em geral, que interage com a população penal; atendendo a mais de 82.222 pessoas, entre a população penal, visitantes e familiares, pessoal civil e militar, com impacto social de 328.883 ações realizadas graças ao financiamento feito mediante o Concurso de Projetos, o Programa Nacional de Aids/IST (PN Aids/IST) do Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS).

A Fundação Casa dos Girassóis

Uma das organizações de base comunitária (OBC) que realizou atividades durante quinze anos (2000-2015) é a Fundação Casa dos Girassóis, que se caracteriza pela visão holística do ser humano, assumindo o compromisso de luta contra o HIV/aids e outras IST, tuberculose (TB) e direitos humanos nos centros penitenciários da República Bolivariana da Venezuela, partindo da pesquisa interna desta realidade social crua e dolorosa, que nada mais é do que um reflexo de nossa sociedade. Por meio da pesquisa como ponto de partida, que permitiu, desde o ano 2000, uma aproximação feita com respeito, sensibilidade, humildade e qualidade de serviço livre de estigma e discriminação, dando visibilidade e conformidade a estratégias e ações, assumindo a necessidade de domesticar o medo por meio de um processo de alfabetização das emoções, utilizando os códigos comunicacionais mais convenientes das mãos da equipe gestora (PN Aids/IST do MPPS) para formar parte da solução à situação de saúde gerada pelo HIV, aids, infecções sexualmente transmissíveis (IST), tuberculose e demais morbidades oportunistas, promovendo os direitos humanos da população que vive com HIV/TB, em ações de prevenção que cheguem ao restante da população penal, visitantes e familiares, pessoal civil e militar. Vale ressaltar que a metodologia foi sistematizada para efeitos de multiplicação e foi exposta em 2010 no V Fórum Latino-americano e do Caribe em HIV.

O ajuste dos projetos às necessidades da população penal para tornar mais efetiva a resposta de promoção, prevenção e atenção em saúde fez que a Fundação Casa dos Girassóis desenvolvesse programas e projetos criativos e vanguardistas, permitindo, assim, atender em sua segunda fase o pessoal de saúde da população penal, observando-se que a capacidade de difusão das informações era complicada por fatores de tempo e pouco pessoal. A fim de solucionar esse problema, foi incluída a formação do pessoal das unidades educativas, culturais e esportivas, promovendo a integralidade, para atender um grupo de

internos e internas de forma direta com apoio do pessoal e, além disso, conseguir despertar o interesse de vários internos em servir de multiplicadores com seus pares, fazendo que a dimensão do projeto original cresça em uma espiral ascendente com o intuito de obter uma resposta mais efetiva ao HIV em nossos centros penitenciários.

Resultados

Observando o curso expansivo da promoção de saúde e prevenção em HIV/aids/IST, consideramos que a população ponte (familiares e visitantes) deveria ser atendida de forma direta. Para materializar essa fase do projeto, comparecemos ao encontro com a visita nos dias permitidos para tal fim, dando ênfase àqueles indivíduos autorizados para a visita conjugal ou para os pernoites, chegando a informar 42.287 pessoas, na maioria mulheres. A técnica utilizada de forma efetiva foi a de micro reuniões de sessões educativas e demonstrativas, sempre e quando não houvesse menores de idade antes do ingresso no presídio ou na saída, dando aconselhamento preventivo a gestantes e, em especial, a casos de IST e HIV.

Experiências de sucesso

Outro grupo considerado e que demonstrou verdadeiro interesse em se manter atualizado e sensibilizado quanto ao HIV/aids/IST, tuberculose e direitos humanos foi o pessoal administrativo, tanto civis quanto militares, a fim de reduzir o estigma e a discriminação em relação à população em situação de reclusão e violação de seus direitos por desconhecimento desses direitos, enfocando no tratamento a pessoas privadas de liberdade com HIV, difundindo o direito à confidencialidade e o consentimento informado para os testes de HIV. Capacitamos mais de 2.500 funcionários em nível nacional.

Tais sucessos progressivos, baseados em evidências com a População Privada de Liberdade (PPL), aprovados e financiados pelo Programa Nacional de Aids/IST, durante os anos de 2007, 2008 e 2009, levam a executar em nível nacional o Programa Nacional Família e Valores, pilares da prevenção ao HIV/aids/IST, TB e direitos humanos para a PPL, familiares, visitantes, pessoal civil e militar, programa este realizado em todos os recintos penitenciários, incluídos os anexos femininos.

Ao fazer um recorte investigativo, observamos que o comportamento da epidemia nos centros penitenciários da Venezuela se diferencia de outros países no que se refere ao nível de concentração e possível via de transmissão. Esta afirmação é produto das jornadas de pesquisa realizadas pelo Ministério do Poder Popular para as Relações Internas e Justiça (MPPRIJ) – hoje Ministério do Poder Popular para o Serviço Penitenciário (MPPSP) –, o Programa Nacional de aids/IST, voluntários e colaboradores da sociedade civil em quatro centros penitenciários da capital, onde se concentrava, nesse momento, a maior parte da população penal do país. Foram feitos testes rápidos com aplicação de consentimento informado, pesquisa de riscos, conversas pré-teste e, aos

poucos casos com resultados positivos, foi estabelecido um conselheiro de uma das organizações participantes para entregar os resultados e fazer aconselhamentos. A pesquisa de riscos permitiu evidenciar que a PPL não utiliza drogas injetáveis, e a maioria dos entrevistados não utilizou preservativo na última relação sexual. Os resultados e monitoramento foram conduzidos pela Coordenação de Saúde Integral do MPPIJ.

Ao concluir nosso trabalho de 2009, observamos alguns casos de tuberculose e de coinfeção por HIV-TB. Atentos às necessidades da população em situação de reclusão, foi sugerido redimensionar o projeto e propôs-se realizar um encontro para a articulação e sinergia entre os coordenadores nacionais dos programas de HIV e TB, coordenadores regionais de HIV, coordenadores regionais de TB, Direção de Saúde Integral do MPPRIJ e dois representantes vinculados a um centro penitenciário, defensoria pública com competência penitenciária e a Fundação Casa dos Girassóis. A proposta foi aprovada pelo PNS e foram definidos cinco estados piloto para sua realização (Barinas, Mérida, Táchira, Trujillo e Portuguesa). Vale notar que participaram do encontro dois representantes de cada um dos centros penitenciários dos estados mencionados.

Este evento, realizado na cidade de Mérida, em 2010, serviu, ademais, para realizar um curso de aconselhamento holístico com o pessoal representante de cada centro penitenciário e os coordenadores regionais, com o propósito que o pessoal mais próximo à PPL seja capaz de tratar adequadamente indivíduos desta população que tenham HIV/aids, IST e TB no contexto dos direitos humanos.

A dimensão desta atividade consolidou um saldo organizativo em cada estado da região piloto denominado Equipes Técnicas Multidisciplinares (ETM) em HIV/aids/IST, TB e direitos humanos, desencadeando uma série de atividades conjuntas entre os programas regionais de HIV/aids - TB, e integração de outros programas como nutrição, Programa CAREM, saúde ambiental, laboratórios regionais, distritos sanitários, voluntários da sociedade civil organizada, permitindo realizar jornadas de imunização, saneamento ambiental, jornadas de pesquisa de HIV, TB, diabetes, entre outros. Oficinas e sessões educativas com a PPL, seus familiares e pessoal dos centros penitenciários, distritos sanitários e médicos integrais comunitários.

Esta estratégia faz que as ETM tenham um fio condutor nacional regional que materializa as atividades colaborativas entre HIV e TB, instala serviços de aconselhamento holístico dentro dos centros penitenciários para a PPL que o solicita e realiza atividades de promoção e prevenção de maneira permanente seguindo as linhas do Guia Nacional de Prevenção e o Plano Estratégico Nacional.

Para concluir esta etapa, está previsto realizar uma publicação virtual destes quinze anos de experiência para o Dia Mundial da Luta contra o HIV/Aids.



Créditos

ARGENTINA

Equipe técnica.

Ariel Adaszko
Vanessa Kaynar
Adrián Arden

BRASIL

Equipe técnica/DDAHV/SVS/MS Representação do Brasil - CIHIV/Mercosul

Dra. Adele Benzaken
Renato Chuster

Assessoria de Cooperação Internacional

Fábio Sartori, Josi Paz e Mauro Figueiredo

Colaboração

Ana Roberta Pati Pascom
Fábio Caldas de Mesquita
Gerson Fernando Mendes Pereira
Juliana Machado Givisiez

Maíra Taques dos Santos Christ
Rafaela Mendes Medeiros
Ronneyla Nery Silva
Tainah Dourado de Miranda Lobo

Assessoria de Comunicação

Projeto Gráfico/Diagramação/Interatividade
Marcos Cleuton de Oliveira

PARAGUAI

Equipe técnica.

Dra Tania Samudio-Coordinadora CIVIH Mercosur
Dra. Alma Barboza- Coordinadora alterna CIVIH Mercosur
Dra. Patricia Ovelar- Jefa Departamento Atención Integral -PRONASIDA

Dra. Zully Suarez-Jefa Departamento PTMI VIH y sífilis- PRONASIDA
Dra. Gloria Aguilar- Jefa Departamento Vigilancia epidemiologica-PRONASIDA
Lic. Liliana Gimenez-Jefa departamento Prevención y Educación-PRONASIDA

URUGUAI

Equipe técnica.

Dra. Susana Cabrera. Área Programática de ITS-VIH/Sida
Lic. Mónica Castro, Dr. Andrés Bálsamo. Departamento de Vigilancia en Salud.
Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

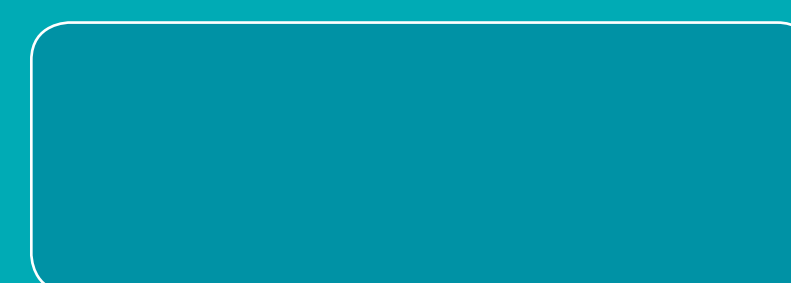
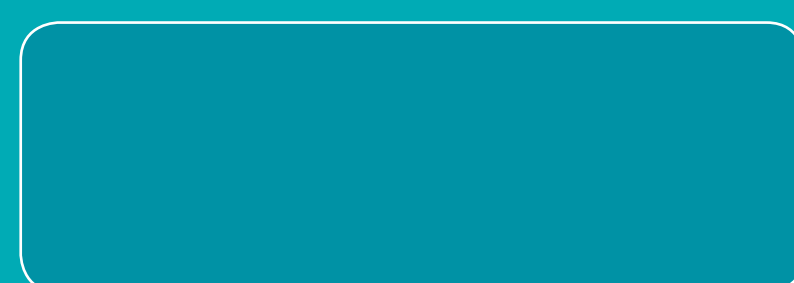
VENEZUELA





SIDA/VIH en MERCOSUR

Revista de la Comisión Intergubernamental del VIH/SIDA en MERCOSUR



INTRODUCCIÓN

La *Revista CIVIH MERCOSUR* es una iniciativa de los miembros del bloque para compartir informaciones sobre sus epidemias nacionales, divulgar avances, aprendizajes y desafíos. También es un nuevo espacio de diálogo para que cooperaciones técnicas sean sugeridas y pactadas. Las fronteras del bloque son áreas de libre circulación para los ciudadanos, y, por eso, es necesario discutir iniciativas innovadoras de un lado que puedan ser provechosas para el otro.

La propuesta de la Revista surgió a partir de la experiencia del *Boletín Epidemiológico MERCOSUR*. El *Boletín* se disponía a presentar varios datos con el fin de comparar las epidemias de los países - tarea ni siempre fácil, porque varios conceptos que subsidian los sistemas de información no convergían. La *Revista* tiene un abordaje más abierto, permitiendo una presentación dinámica de las respuestas de los países al VIH, por medio de gráficos, tablas y fotos, en versión PDF interactivo, en portugués y español.

La *Revista* trae a público informaciones que generalmente quedan restringidas a un pequeño grupo. Brasil propuso a apoyar esta primera edición con la elaboración del *layout* y la consolidación de los contenidos enviados. Las próximas ediciones serán producidas por los países que estén a frente de la Comisión Intergubernamental de VIH/SIDA (CIVIH). En las reuniones de la Comisión, el grupo puede reevaluar el formato, el contenido y las expectativas en torno de la iniciativa.

En la reunión del primer semestre de 2015, las Delegaciones presentes definieron los tópicos que serían contemplados, a depender de la disponibilidad de cada país en enviar los contenidos: retrato de la epidemia, las metas 90/90/90 de cada país, sus experiencias exitosas, entrevistas con liderazgos del área e informaciones adicionales sobre la respuesta nacional. El objetivo de la publicación es tornarse un material útil e ilustrativo sobre la marcha de la epidemia en la región.

Una de las conquistas recientes del trabajo conjunto fue el compromiso asumido por los Ministros de Salud del MERCOSUR en Buenos Aires, en noviembre de 2014, para el alcance de las metas 90-90-90 hasta el año 2020. La *Revista CIVIH MERCOSUR* desea involucrar todos los actores para que trabajen de forma cada vez más articulada en esa dirección.



Argentina

SITUACIÓN DEL VIH/SIDA

La Argentina tiene una epidemia estable y de tipo concentrada, como la mayoría de los países de la región latinoamericana, con una estimación de 126.000 personas viviendo con VIH durante el año 2014, el 30% de las cuales permanece aún sin diagnóstico. En este sentido, una de las políticas que viene llevando adelante la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud es la diversificación de las estrategias que faciliten el acceso a las pruebas diagnósticas, incluyendo la incorporación del test rápido de VIH y la oferta activa de los equipos de salud. Las políticas de promoción del diagnóstico se realizan en el marco de dispositivos que garanticen la voluntariedad, la confidencialidad y la vinculación con los servicios de salud como parte de la política más general que se viene llevando adelante de la ampliación del derecho a la salud.

Cada año se estarían infectando alrededor de 6.000 personas, valor similar a la cantidad de nuevos diagnósticos que se producen en el mismo lapso de tiempo. La prevalencia de VIH es de 0,47% en personas de 15 a 49 años, pero alcanza al 34% en personas trans, del 12% al 15% en hombres que tienen sexo con otros hombres, del 4% al 7% entre usuarios de drogas inyectables y del 2% a 5% en trabajadoras/es sexuales y personas en situación de prostitución. Si bien las prevalencias más altas se ubican en el área metropolitana de Buenos Aires, alcanzan valores similares en todas las grandes áreas urbanas de todo el país.

Cada año se reportan alrededor de 6.500 casos, 4.300 en varones y 2.200 en mujeres, lo que ubica la tasa de casos de VIH en 14,3 por 100.000 habitantes, 19,5 por 100.000 en varones y 9,3 por 100.000 en mujeres. Las tasas de diagnóstico generales y específicas por sexo son estables desde hace una década. Sin embargo, se observan cambios en la distribución de los nuevos casos. Mientras hace poco más de una década casi la mitad de los diagnósticos se producían en el área metropolitana de Buenos Aires, en los últimos años esta región aporta el 30%. A su vez, otras regiones aumentan la cantidad de diagnósticos, proceso que se ve reflejado en el aumento de sus tasas. En todas las regiones las tasas se encuentran entre 10 y 17 por 100.000 habitantes.

De cada cien nuevos diagnósticos, 2 ocurren en varones y 1 en mujeres. La mediana de edad entre los primeros es de 34 años y de las segundas 33 años. Las tendencias indican que en la última década se ha reducido la brecha en la edad de diagnóstico entre ambos sexos -que era de cuatro años en 2005- debido a un ligero aumento en la edad de diagnóstico de las mujeres y una reducción de similar magnitud entre los varones. Para el período 2012-2014 el 18% de los varones y el 25% de las mujeres se diagnosticaron antes de los 25 años, mientras que el 22% de los varones y el 20% de las mujeres lo hicieron a partir de los 45 años.

El 90% de las personas diagnosticadas en el trienio 2012-2014 se infectaron durante relaciones sexuales sin uso de preservativos, en el caso de los varones, la mitad durante

relaciones con mujeres y la otra mitad, con otros hombres. Por otro lado, el 1,6% de los diagnósticos se debieron a casos de transmisión vertical y el 0,2% a infecciones por uso compartido de material para el consumo de drogas inyectables. Las tendencias indican que prácticamente ha desaparecido el uso de drogas inyectables y, en el caso de los varones, ha aumentado la proporción de diagnósticos entre varones que tienen sexo con varones sin protección. En algunas regiones este tipo de prácticas sexuales es la principal vía de transmisión entre los varones.

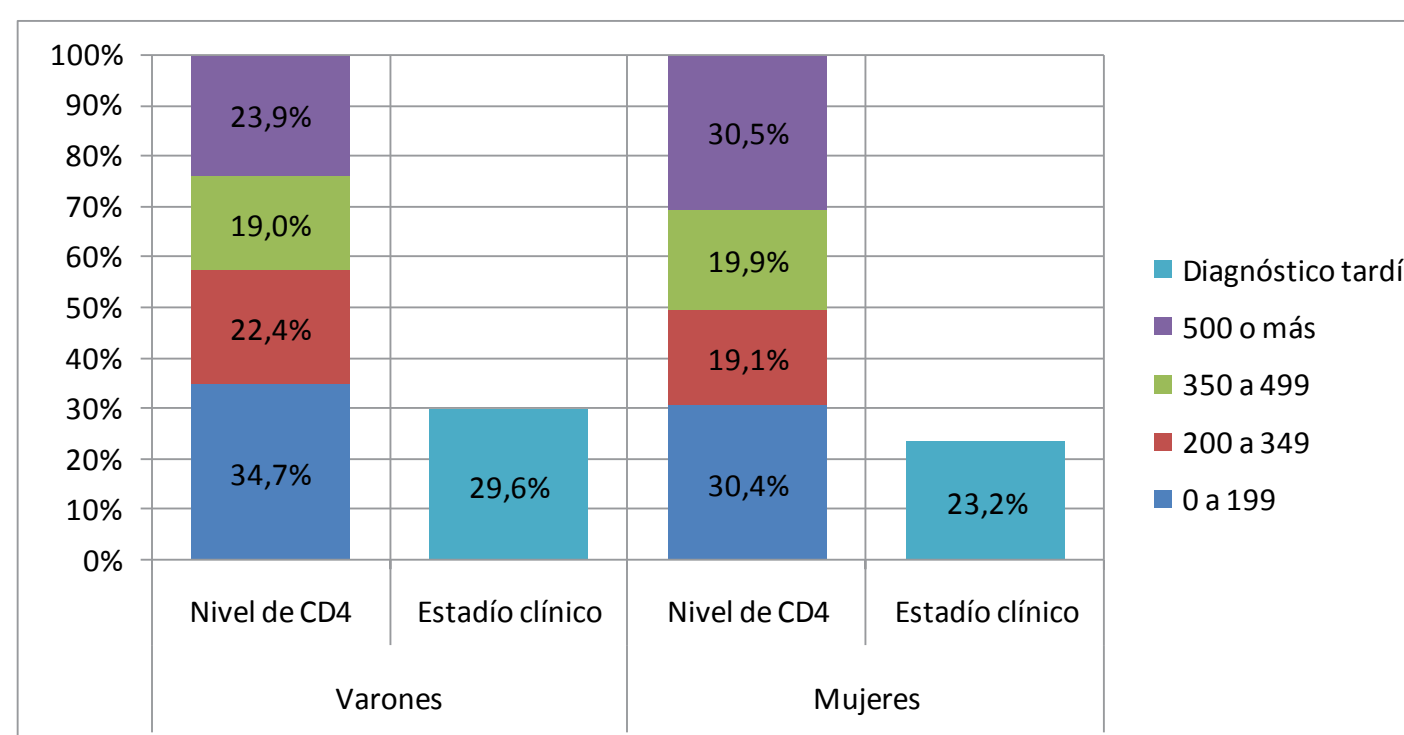
El 55% de los varones y mujeres recientemente diagnosticados infectados durante relaciones sexuales heterosexuales no habían completado la educación media. Por el contrario, más del 40% de los varones infectados durante relaciones sexuales desprotegidas con otros varones habían iniciado o terminado estudios superiores.

Cada año se registran alrededor de 1.400 defunciones por sida, llevando la tasa de mortalidad en 2013 a 3,4 por 100 mil habitantes, 4,9 en los varones y 1,9 en las mujeres.

Uno de los factores que más incide en la mortalidad por sida es el diagnóstico tardío de infección, que en la Argentina se mide a través de dos indicadores, uno clínico y otro de laboratorio (Gráfico 1). Por un lado, el 30% de los varones y el 23% de las mujeres diagnosticadas entre 2012 y 2014 presentaban una enfermedad marcadora de sida u otra sintomatología producida por el deterioro inmunológico al momento de su diagnóstico.

Si para medir el diagnóstico tardío se utiliza un marcador de laboratorio (nivel de CD4) y el punto de corte se fija en 200 CD4, el 35% de los varones y el 30% de las mujeres se encuentran en esta situación. Si por diagnóstico tardío se considera a niveles de CD4 inferiores a 350, el 57% de los varones y el 50% de las mujeres diagnosticadas entre 2012 y 2014 estarían en esta situación. El 76% de los varones y el 69% de las mujeres presentaron un CD4 < 500.

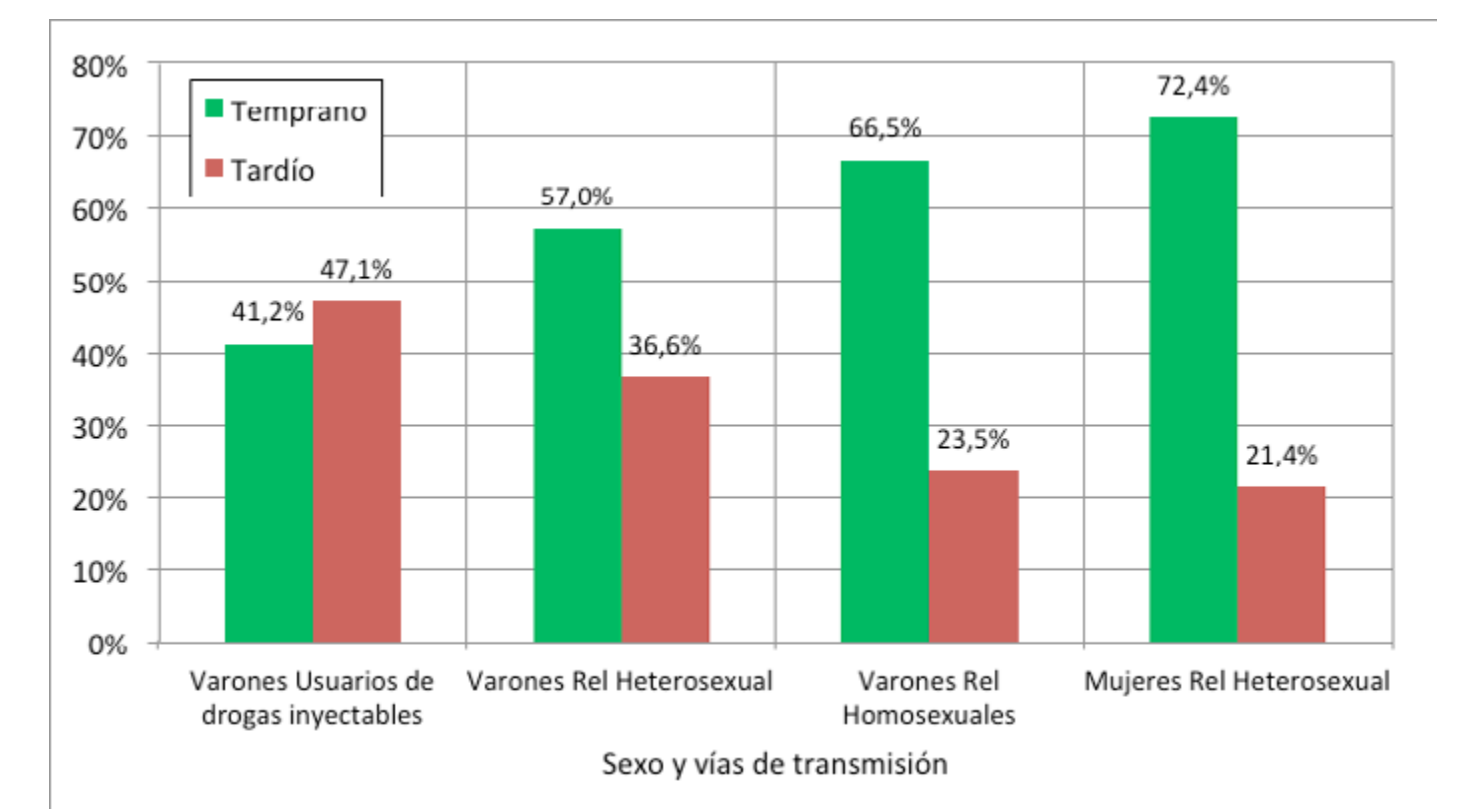
Gráfico 1: Comparación del diagnóstico tardío medido según recuento de CD4 y criterio clínico según sexo, Argentina (2012-2014)*



* Años no cerrados por retraso en la notificación. Fuente: Base epidemiológica de casos de VIH/sida.

Ya sea que se mida por el estado clínico o por la situación inmunológica, lo que se advierte es que a mayor edad o menor nivel de instrucción, mayor es la probabilidad de tener un diagnóstico tardío. Quienes acceden de modo más temprano al diagnóstico son las mujeres y, en el caso de los varones, aquellos infectados durante relaciones homosexuales desprotegidas (Gráfico 2).

Gráfico 2: Proporción de personas con diagnóstico tardío de VIH según sexo y vías de transmisión, Argentina (2012-2014)*



* Años no cerrados por retraso en la notificación. FUENTE: Base epidemiológica de casos de VIH/sida.

Durante el bienio 2013-2014, la transmisión vertical del VIH se ubicó en 4,8%, es decir que se infectaron casi 5 niños por cada 100 expuestos. Esta tasa también se encuentra estable y es uno de los desafíos para alcanzar las metas regionales de eliminación comprometidas por el país.

La Argentina fue uno de los primeros países en garantizar el acceso universal gratuito a los tratamientos antirretrovirales y fue pionero en la región. Actualmente hay 69.000 personas en tratamiento; el 69% provisto por el Estado nacional y el resto, también de forma gratuita, por la seguridad social y los sistemas de medicina prepagos. Se estima que a partir de la modificación de las recomendaciones de tratamiento realizadas a finales del año 2014, este número debería aumentar en los próximos años, en función de alcanzar la meta de 90% de personas en tratamiento para el año 2020.





Argentina

LA ARGENTINA ANTE EL DESAFÍO DE ALCANZAR LAS METAS 90-90-90

La cascada del continuo de atención del VIH en la Argentina se construye con datos proveniente de distintas fuentes de información: estimaciones y proyecciones nacionales, datos de vigilancia en servicios de salud, estadísticas vitales y registro de prestaciones de salud. Esta cascada se va revisando de forma periódica a partir de la evidencia que van arrojando distintos estudios o de mejoras en los sistemas de vigilancia o en los modelos de estimación.

La información disponible corresponde al sistema público de salud que atiende el 69% de las personas infectadas y a partir de allí se construye el dato del 31% restante atendido por la seguridad social y sistemas médicos prepagos. Se asume entonces que el tipo de prestaciones que se realizan en los tres subsectores son semejantes.

La última estimación realizada en el país por medio del modelo Spectrum de ONUSIDA arrojó que para el año 2014 vivían en Argentina 126 mil personas con VIH, de las cuales el 70% conocía su condición de infectada y el 30% aún no lo sabía. Esta proporción surge del análisis de los casos históricamente reportados y de los registros de defunciones aportados por estadísticas vitales, en ambos casos considerando una estimación para el subregistro. Reducir esta brecha para alcanzar la meta del 90% de las personas diagnosticadas en el 2020 continúa siendo uno de los principales desafíos en el país, para el que se están redoblando los esfuerzos a fin de aumentar el acceso a las pruebas voluntarias e informadas, en el marco del respeto de los derechos humanos.

Una meta no incluida en la propuesta 90-90-90, pero que es pertinente a nivel nacional es que el 90% de las personas sean diagnosticadas con un CD4 mayor a 200. Para el año 2014, los sistemas de vigilancia de la Dirección de Sida y ETS señalaban que el 37% de las personas con diagnóstico reciente tenía que ese nivel, el 39% en el caso de los varones y el 32% en el caso de las mujeres.

El tercer pilar de la cascada evalúa la cobertura en tratamientos antirretrovirales que puede ser medida, o bien sobre el total de personas infectadas o bien sobre el total de personas elegibles según las normas nacionales. Si bien el indicador de la cascada es el primero de los mencionados, aquí informamos también el segundo ya que la recomendación vigente en el país durante el año 2014 señalaba que las personas elegibles para iniciar TAR eran aquellas que tenían un CD4 inferior a 500, salvo que pertenecieran a algunos grupos específicos tales como embarazadas, personas con tuberculosis, miembros de parejas serodiscordantes, entre otros. Recién en 2015 comenzó a entrar en vigencia la recomendación de la oferta universal de tratamiento independientemente de la situación inmunológica. Considerando que en 2014 había 60.000 personas en tratamiento, el nivel de cobertura en TAR era del 67% sobre los elegibles y del 48% sobre el total. En el año 2015 la cobertura aumentó significativamente a partir de la implementación de las nuevas recomendaciones.

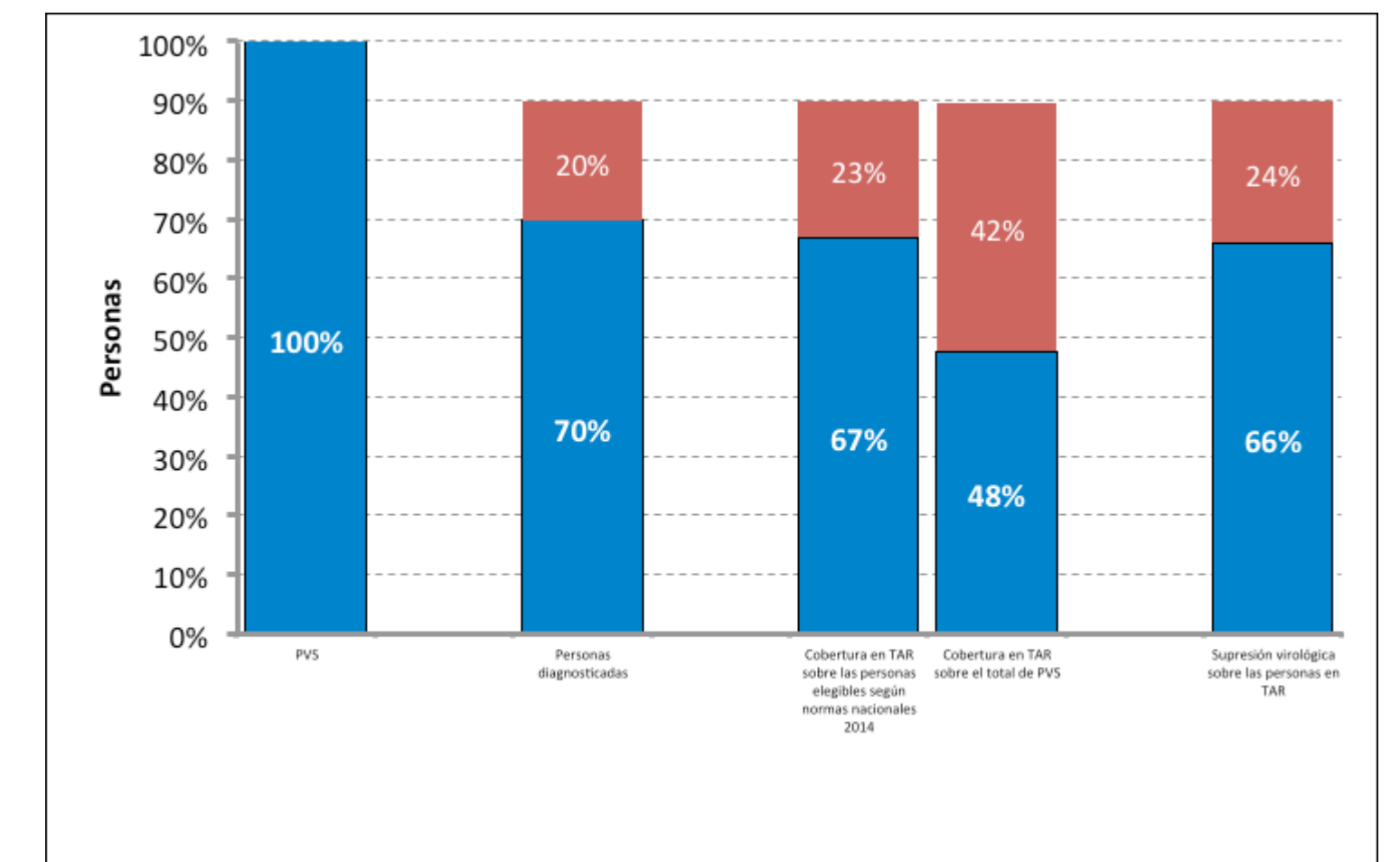
El cuarto pilar de la cascada mide la efectividad del tratamiento a partir de la supresión virológica de las personas en TAR. En este caso la información proviene de los resultados de los laboratorios que realizan seguimiento de paciente infectados y el valor para el 2014 era del 66% para quienes están en tratamiento, los cuales representan el 31% sobre el total de PVS.

Finalmente, para poder dar viabilidad a la estrategia 90-90-90, Argentina plantea un objetivo adicional relativo a la sostenibilidad y considera que resulta imprescindible garantizar el acceso a los recursos y la equidad, a la vez que la soberanía sanitaria. Para eso, es necesario desarrollar y utilizar todos los mecanismos nacionales, regionales o globales legítimos existentes, como son las salvaguardas de

salud establecidas en el Acuerdo sobre ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio), la emisión de licencias obligatorias, la entrada de medicamentos genéricos de calidad y el fomento de la producción pública, para asegurar procesos de compra a precios razonables.

Este nuevo objetivo apunta a denunciar e impedir aquellos intereses corporativos que no conciben a la salud como un derecho fundamental de toda la población, convirtiéndola en mercancía a través de la especulación y las ganancias extraordinarias.

Gráfico 1: Cascada del continuo de atención del VIH de Argentina durante el año 2014 y brechas a 2020





Argentina

ENTREVISTAS

Consultorios amigables: una respuesta equitativa

En Argentina la epidemia de VIH-sida se distribuye de modo desigual. Diversos estudios indican que, cuando "en jóvenes y adultos la prevalencia es de 0,4%, en travestis y transexuales es de 34%, se ubica entre el 12 al 15% en hombres que tienen sexo con hombres y del 2 al 5% en trabajadoras sexuales y/o en situación de prostitución".

Por ello la necesidad de implementar estrategias destinadas a esta población, con el propósito de pasar de respuestas justas a respuestas equitativas, asumiendo el desafío de realizar propuestas focalizadas que no sean estigmatizantes pero que consideren la vulnerabilidad diferencial de estos grupos.

El Proyecto de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual se inscribió en este desafío.

Surgió en el año 2009, cuando la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de Argentina en alianza con el PNUD, ONUSIDA, UNPFA y OPS, decidió profundizar su política preventiva-asistencial hacia la población de la diversidad sexual.

El primer paso fue la realización de una investigación en 14 localidades del país, destinada a conocer mejor la experiencia de ser gay, bisexual o trans en las distintas regiones y culturas de nuestro extenso país. Además, profundizar el conocimiento sobre el vínculo existente entre esta población y el sistema público de salud. Para este año, se calcula que serán 32 los consultorios amigables en todo el país. Los resultados de la investigación permitieron identificar tres núcleos fuertes que afectaban de modo negativo la relación de la diversidad sexual con los servicios de salud, limitando su acceso. Estos fueron:

- El temor a revelar la orientación sexual o las prácticas sexuales obstaculizaba el acceso y enturbiaba la relación equipo de salud-paciente;
- En el caso de las personas trans, temían ser objeto de burlas y malos tratos;
- Las instituciones y los equipos de salud no estaban (ni se sentían) en general suficientemente capacitados para trabajar de modo más específico con esta población.

Fue así que a la evidencia epidemiológica que mostraba la desigual distribución del VIH en la Argentina, se sumó la fuerza de los resultados cualitativos producidos por la investigación, poniendo de manifiesto la necesidad de experimentar algún tipo de intervención destinada a mejorar el acceso al sistema público de salud y la calidad de la atención que el mismo brindaba.

Mejorar la accesibilidad

Entre los años 2010 y 2012 se llevó adelante el Proyecto de creación de consultorios amigables para la diversidad sexual en siete localidades del país. Consistió en la creación de servicios de prevención, diagnóstico y atención del VIH-sida e ITS sensibilizados en la atención integral de la salud de las personas gays, travestis y bisexuales.

Estos servicios están destinados a mejorar la accesibilidad a los recursos preventivos y a la atención en el ámbito de hospitales públicos de distintas localidades del país.

Al ponerlos en marcha, se definieron algunas características que serían distintivas de estos Consultorios Amigables:

- Es una estrategia destinada a incluir a la población de la diversidad sexual dentro del sistema público de salud. Traduce o materializa el lineamiento político que recomienda el trabajo conjunto de la sociedad civil y el Estado en una propuesta concreta de organización del trabajo sanitario.
- Se trata de un reordenamiento de recursos existentes (lo que apuesta a la sustentabilidad en el tiempo) centrado en las características y necesidades específicas de esta población.
- Consiste en conformar un equipo mixto de trabajo entre las OSC con trabajo en VIH-sida y/o derechos sexuales y un equipo de salud inserto en un Hospital Público.
- Las funciones específicas de la OSC son la promoción del Consultorio en los escenarios donde se mueven los grupos de la diversidad, ya sea para su esparcimiento, lugares de encuentro y/o lugares de trabajo sexual. Son también los encargados de acompañar y/o recibir a esta población cuando la misma acceda al Consultorio.
- El equipo de salud asume el compromiso de capacitarse en temas novedosos y brindar en horario aceptable (de preferencia vespertino o nocturno) y por demanda espontánea una canasta de prestaciones tales como atención clínica, asesoramiento y diagnóstico en VIH y otras ITS, apoyo psicosocial y hormonización para personas trans.

"Lo defienden y sostienen como un espacio de pertenencia"

La ciudad de San Juan, en el noroeste argentino, y la ciudad de Chivilcoy, en la provincia de Buenos Aires, son dos ejemplos de implementación de esta política pública.

En San Juan, el primero de los dos consultorios amigables que funcionan en la actualidad, fue puesto en marcha en diciembre de 2012. Allí, según explica Sandra Basso, jefa del Programa Provincial de VIH y coordinadora del consultorio, no se contaba "con un registro de la población trans. Estas personas estaban excluidas totalmente del sistema de salud, en menor medida los gays y lesbianas. Los equipos de salud no se encontraban preparados para atender a esta población. No se contaba con un espacio amigable para que esta población pudiera consultar sobre sus problemas de salud".

-¿Qué cambios concretos fueron notando en estos años en relación al acceso de esa población al sistema de salud?

-Hoy se garantiza desde el sistema de salud la atención integral de la población de la diversidad, donde se cumplen los derechos de cada una de ellas fomentando la igualdad e inclusión al sistema. Ellos valoran este espacio como un lugar de pertenencia donde no solo reciben atención en relación a su salud, sino que lo defienden y sostienen como un espacio de pertenencia, donde comparten historias de vida. Actualmente dos de los consultorios están incluidos en los organigramas institucionales.

Una realidad parecida es la que motivó a las autoridades de Chivilcoy, en el noroeste de la provincia de Buenos Aires, a poner en práctica la misma experiencia. Según Cecilia Marzoa, jefa de Atención Primaria de la Salud de esa localidad, "se observaba que en particular la comunidad trans femenina, presentaba dificultades en el acceso al sistema Público de salud, que tenían que ver con irregularidades en el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género, además de barreras culturales, prejuicios y estereotipos ligados al desconocimiento en materia de diversidad sexual. A su vez se visualizaban situaciones de vulnerabilidad en las condiciones concretas de vida, que tenían correlación con la discriminación, y los obstáculos para la inclusión en diversos ámbitos (educativo, laboral). Por lo tanto el Consultorio Amigable surge como un espacio de salud integral, que desde un abordaje interdisciplinario tiene por objeto contribuir a la construcción de un sistema de salud amigable, en el que se contemple y respete la diversidad sexual y de género". ¿Qué impacto notaron en la realidad cotidiana de esta población luego de la apertura del centro?

-Como consecuencia del trabajo realizado desde el espacio del Consultorio Amigable, el fortalecimiento de la estrategia de visibilización de la comunidad LGTBIQ en los diversos espacios públicos y la articulación intersectorial, se visualizan hoy luego de un año y medio de trabajo, profundos cambios y avances que impactan favorablemente en las condiciones de vida de las personas que pertenecen al colectivo de la diversidad:

- Acceso de la comunidad trans a tratamiento de hominización supervisado desde el espacio del Consultorio Amigable; brindando de esta manera, y desde un abordaje interdisciplinario un acompañamiento en el proceso de transformación.
- Articulación con el segundo nivel de atención, de manera de facilitar el acceso a laboratorio y diversos servicios de atención del hospital.
- Realización de tests rápidos de diagnóstico de VIH, con consejerías pre y pos test.
- Capacitación en diversidad sexual y de género, a todos los equipos de salud del primer nivel de atención, lo que repercute notablemente en la calidad de atención y en disminuir las barreras de acceso de la comunidad trans (viéndose en la actualidad la concurrencia de integrantes del colectivo a los distintos centros de salud para consultas o diversas atenciones a la salud integral)
- Difusión continua de la Ley de Identidad de Género, de manera de generar herramientas en el colectivo LGTBIQ para el ejercicio de sus derechos ciudadanos.
- Capacitaciones sobre diversidad sexual y de género, en las escuelas y con grupos de adolescentes.
- Articulación con diversas áreas municipales, como por ejemplo Secretaría de Producción, favoreciendo el acceso a empleo y/o microemprendimientos.





Argentina

MEJORES PRÁCTICAS

El enfoque de Derechos Humanos en la gestión pública

Las personas con VIH tienen los mismos derechos que el resto de las personas. Derecho a que se respete su integridad y autonomía; derecho a la salud y a la atención médica integral y oportuna, a la educación y a un trato igualitario.

En determinadas circunstancias, sin embargo, algunos de estos derechos deben reforzarse y se debe promover su protección. Una de esas circunstancias se da por la desprotección y desamparo que sufren algunas personas con VIH o sida debido a la discriminación social.

Por ello, y con el objetivo de fortalecer el enfoque de Derechos Humanos aplicado a la Salud, a partir del año 2013 la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación creó el área de Sociedad Civil y Derechos Humanos, un área que permite ser un conector entre el Estado y la sociedad, una línea directa de comunicación, donde las personas con VIH que residen en Argentina, los programas jurisdiccionales, los servicios de salud y las organizaciones sociales puedan recibir el asesoramiento necesario para evitar la vulneración de los Derechos fundamentales de las personas con VIH.

Una oportunidad para elaborar estrategias conjuntas

Teniendo en cuenta el carácter federal y descentralizado de la salud en la República Argentina, el área también pretende brindar la posibilidad de articulación de las distintas jurisdicciones para servir de nexo con las diferentes áreas del Estado nacional que deban involucrarse en la respuesta, como así también entre las mismas jurisdicciones para elaborar estrategias conjuntas y abarcativas, aplicando el enfoque de Derechos Humanos en Salud a la gestión pública.

Una guía de orientación

En este tiempo de trabajo, el área elaboró la "Guía jurídica y de orientación para las personas con VIH en Argentina". Esta publicación surgió desde la necesidad de transformar todas las leyes sancionadas por el Estado argentino para proteger a las personas afectadas por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual, en derechos exigibles por la población.

La guía expone la idea de los derechos humanos desde el punto de vista del acceso a la salud. Además, detalla el marco normativo constitucional y algunas violaciones a estos derechos –como las situaciones de discriminación o las políticas de VIH en contextos de encierro-, seguido de la explicación en lenguaje coloquial de las leyes que establecen derechos y obligaciones referidas a las ITS.

Directrices internacionales, marco teórico, leyes locales, preguntas frecuentes y la agenda con los datos de los organismos a donde recurrir hacen de la "Guía jurídica y de orientación para las personas con VIH en Argentina" un material muy valioso para el trabajo de campo en la respuesta al VIH y el sida desde el enfoque de derechos humanos.

Disponible en <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/conoce-tus-derechos/vih-y-derechos>

Encuentros Regionales de Articulación

Otro de los objetivos del área es fomentar la articulación de todos los actores que trabajamos la respuesta al VIH y el sida en nuestro país. En esa línea, durante 2015, se está llevando a cabo una serie de Encuentros Regionales (en el noreste, noroeste, cuyo, centro y sur del país, además de la región comprendida por el gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Esta propuesta pretende trabajar de forma articulada entre los programas jurisdiccionales, agencias estatales y la sociedad civil sobre las barreras de accesibilidad no solamente a los servicios de salud sino también a otros servicios (jurídicos, pensiones, trabajo, alimentación, etc.) que pueden apoyar la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH; instando también a la reducción del estigma y la discriminación, fortaleciendo tanto el enfoque de DD.HH. en la respuesta al VIH y el sida, como el esquema de gobernabilidad de la misma, gracias al protagonismo de la Sociedad Civil.

Una red de contención jurídica

Esta línea de trabajo buscó mejorar la respuesta del Estado ante situaciones en las cuales personas con VIH requirieran asesoramiento jurídico. Al mejorar la capacidad de brindar asesoramiento y/o contención jurídica por parte del Estado, se fortalece la capacidad de reclamo de las personas y también la relación de estas con el Estado.

Se generaron acuerdos con el Instituto Nacional contra la Discriminación, el Racismo y la Xenofobia (INADI), el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina, las Defensorías del Pueblo Nacional y algunas Defensorías del Pueblo provinciales y municipales. Además se fortaleció la comunicación con las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en Vih para que esta sean receptoras de diferentes casos a resolver.

Entre los principales logros, se destaca la Resolución 270/2015 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, tras un trabajo conjunto del área con dicho Ministerio, el INADI y Organizaciones de la Sociedad Civil.

Comunicación directa

La comunicación directa con los actores sociales también es uno de los principales ejes de trabajo del área. Por ello, se establecieron las siguientes vías de comunicación:

- Teléfono directo: (011) 4379-9017
- Correo Electrónico: consultasdsyets@gmail.com

A ello se suma la Línea Pregunte Sida: 0800-3333-444 que atiende unos seis mil llamados anuales relacionados con información sobre prevención y cumplimiento de derechos de personas con VIH.

A su vez, dentro de la web www.msal.gov.ar/sida se creó un dispositivo de información y servicios destinado a responder preguntas y solucionar reclamos de las personas con VIH con diferentes secciones, como por ejemplo:

1) Consultas y reclamos: En la pestaña "Información general", sección: "Conocé tus derechos", se encuentra también el link que dirige a un formulario de Consultas y Reclamos vía WEB (<http://bit.ly/consultasyreclamos>). Las mismas, son respondidas por el equipo de Derechos Humanos y Sociedad Civil dentro de las 48 hs.

2) Conocé tus derechos. Es la sección de la página web que reúne aquellas preguntas acerca de derechos que puede hacerse una persona con VIH. A través de la sistematización de las consultas recibidas en la base de datos, se fueron registrando aquellas situaciones reiterativas en las cuales, la mayoría tenían una respuesta unívoca y de fácil resolución. Es por ello se creó una sección en la web con estas respuestas frecuentes, que también incluimos en otros materiales sobre promoción de los derechos.

3) Legislación Específica. También se incorporó un segmento en la página web de la Dirección de Sida y ETS, en el que se puede encontrar en un vocabulario cotidiano la explicación de las leyes más importantes que regulan los derechos de las personas con VIH. En él, encontrarán tanto los textos completos de las normas como los resúmenes explicativos de las siguientes leyes: Ley Nacional de Sida; Ley de Derechos del Paciente; Ley de Obras Sociales y Ley de Prepagas; Ley de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley de Obligatoriedad del Ofrecimiento de la Prueba del VIH a la mujer embarazada; Ley de penalización de actos discriminatorios.



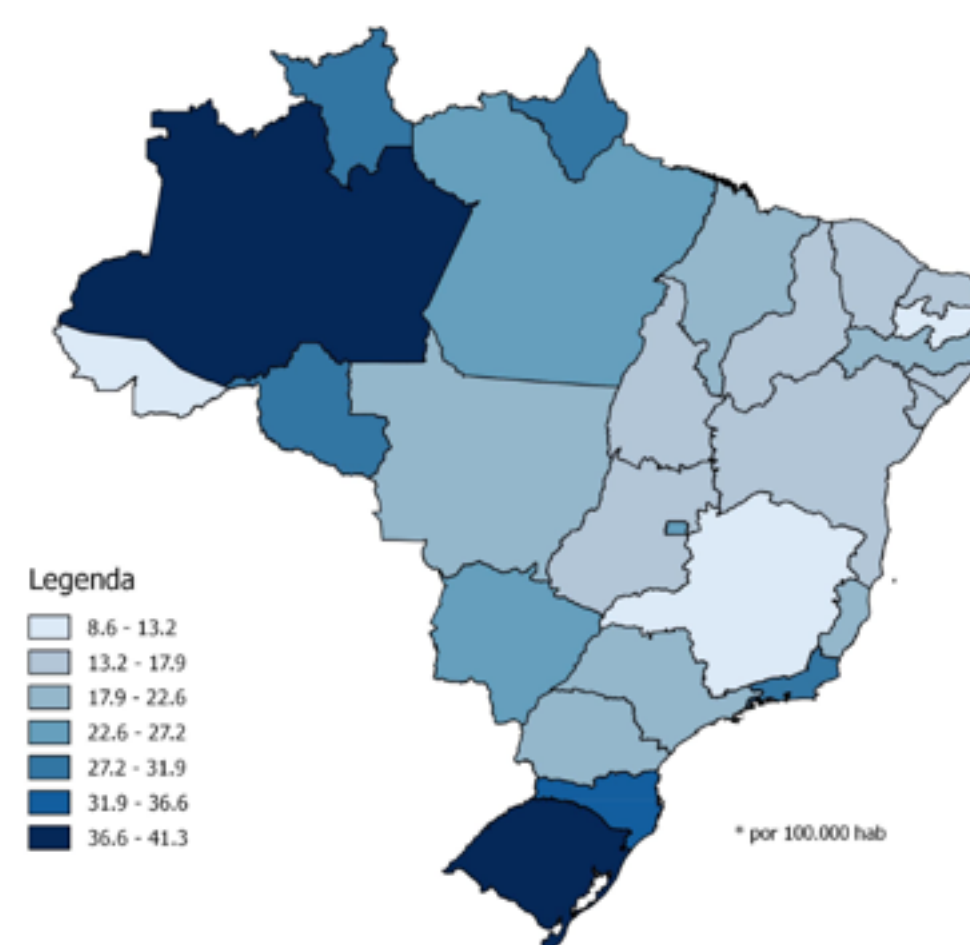


Brasil

RETRATO DE LA EPIDEMIA

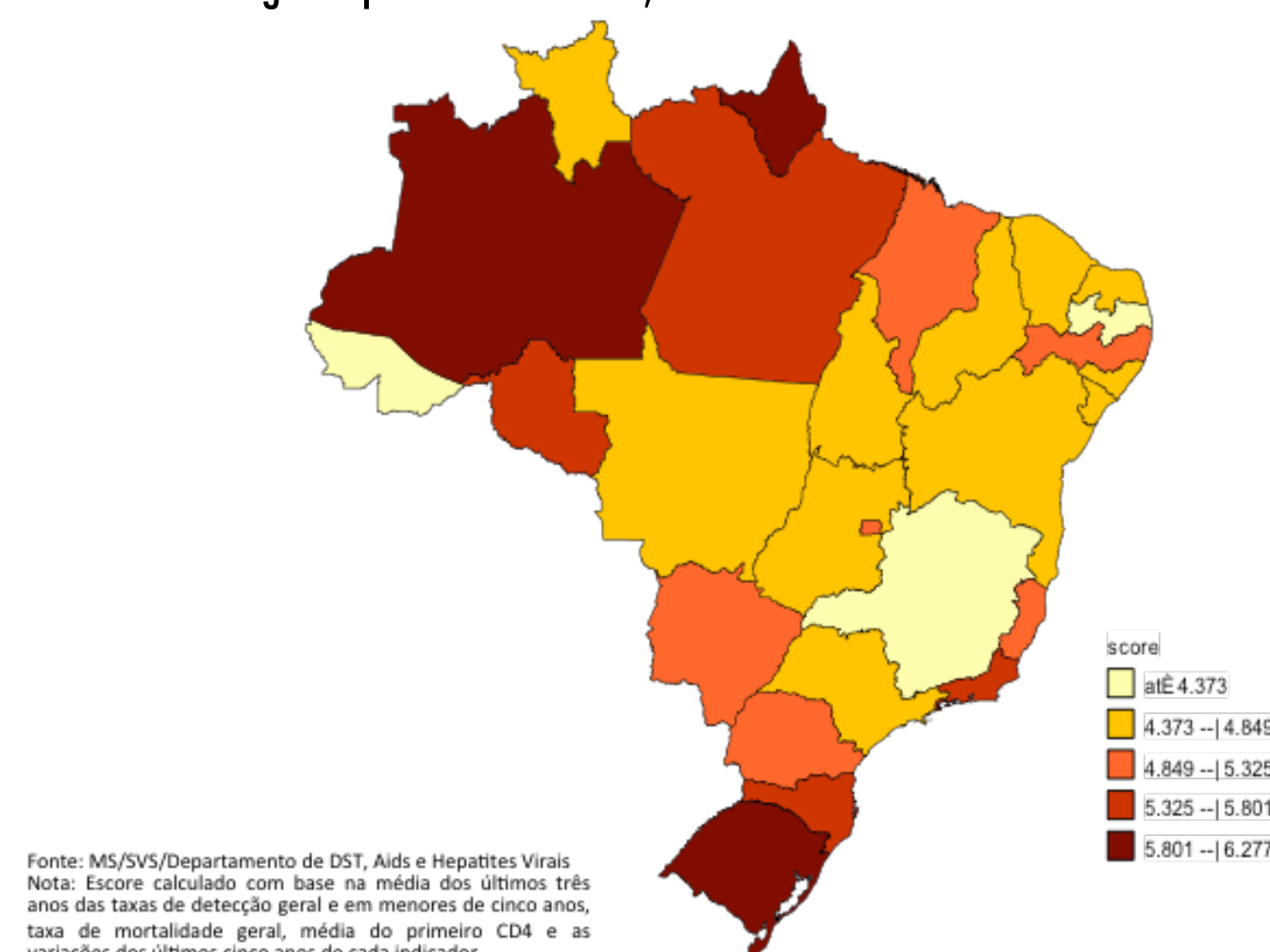
Actualmente, la epidemia de VIH y SIDA en Brasil está considerada estable, teniendo en cuenta la tasa de detección relativamente constante en los últimos cinco años, de cerca de 20 casos por 100 mil habitantes. En algunos estados del país, sin embargo, la epidemia presenta tasas de detección más elevadas ("calientes" - los llamados *hotspots*). Para responder a dichas disparidades regionales, el Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Virales ponen la atención en acciones y políticas específicas para esas regiones, por medio de cooperaciones interfederativas (fuerzas de tarea incluyendo la sociedad civil y los tres niveles de gobierno: federal, estadual y municipal). Hasta fines de 2014, se desarrollaron cooperaciones interfederativas con los estados del Amazonas y de Rio Grande do Sul, en los cuales las tasas de detección y mortalidad derivadas del VIH/SIDA eran más importantes; y en 1 de octubre de 2015, empezó la interfederativa con el estado de Santa Catarina.

Tasas de detección de SIDA, por estado. Brasil, 2013.



Fuente: MS/SVS/Departamento de ITS, Sida y Hepatitis Virales

Indicador Integrado por estados. Brasil, 2013.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Nota: Escore calculado com base na média dos últimos três anos das taxas de detecção geral e em menores de cinco anos, taxa de mortalidade geral, média do primeiro CD4 e as variações dos últimos cinco anos de cada indicador

Fuente: MS/SVS/Departamento de ITS, Sida y Hepatitis Virales

Se estima que existen cerca de 734 mil personas que viven con HIV/SIDA en Brasil, correspondiendo a una prevalencia de 0,4% en la población general. Se trata de una epidemia concentrada en poblaciones clave, con tasas de prevalencia de VIH de 5,9% entre personas que usan drogas (PUD)¹, 10,5% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)² y 4,9% entre mujeres trabajadoras del sexo (TS)³. Cabe destacar, también, la prevalencia de VIH en 5,0%⁴ entre usuarios de crack.

Desde el inicio de la epidemia hasta junio de 2014, se registraron en el país 757.042 casos de SIDA, siendo de estos 65,0% en hombres y 35,0% en mujeres. A partir de 2009, se observa una reducción en los casos en mujeres y un aumento en los casos en hombres, reflejando en la razón de sexo, que pasó a ser de 18 casos de SIDA en hombres para cada 10 casos en mujeres en 2013.

La mayor concentración de los casos de SIDA en Brasil está entre los individuos con edad entre 25 a 39 años de ambos sexos. Entre los hombres, esa franja etaria corresponde a 54,0% y, entre las mujeres, 50,3% del total de casos, desde 1980 hasta junio de 2014.

Se observa en los últimos diez años un aumento estadísticamente significativo en la tasa de detección entre hombres de 15 a 19 años, 20 a 24 y 60 años o más. Se destaca el aumento en jóvenes de 15 a 24 años, habiéndose observado, en el periodo de 2004 a 2013, un crecimiento de 53,2% entre aquellos con 15 a 19 años y de 10,3% entre los de 20 a 24.

Entre las mujeres, la tasa de detección en ese periodo, según franja etaria, presenta tendencia significativa de aumento entre aquellas entre 15 y 19 años, 55 y 59 años y 60 años o más, siendo el aumento de 10,5%, 24,8% y 40,4%, respectivamente.

Según estimados de prevalencia de VIH en parturientes, el número esperado de embarazos con VIH en Brasil es de aproximadamente 12 mil casos por año. De 2000 a 2014 (junio), se notificaron en el país 84.558 embarazadas infectadas con VIH. La tasa de detección de embarazadas está presentando una tendencia de aumento estadísticamente significativa en los últimos diez años: en 2004, la tasa observada fue de 2,0 casos para cada mil nacidos vivos, pasando a 2,5 en 2013.

Con relación a la mortalidad, desde el inicio de la epidemia hasta diciembre de 2013, se identificaron 278.306 muertes teniendo como causa básica la SIDA (CID10:B20 a B24), siendo que 71,3% sucedieron entre hombres y 28,6% entre mujeres. Hubo una reducción en el coeficiente de muertes por SIDA en Brasil a lo largo de poco más de una década – pasando de 6,4 cada 100 mil habitantes, en 2003, a 5,7, en 2013.

Un estudio publicado en la revista *The Lancet*⁵ mostró un decrecimiento en la tasa anual de muertes provocadas por VIH/SIDA mayor que el promedio mundial: las muertes por SIDA en el país tuvieron una disminución anual de 2,3%, entre 2000 y 2013, al paso que la reducción promedio global, en el mismo periodo, fue de 1,5%.

Las tasas de mortalidad por SIDA en el país, en razón de las diferencias regionales que señalan, reiteran la importancia de las acciones en curso focalizadas en los hotspots, hoy situados en los estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro y Amazonas.

1 BASTOS, F. I. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.
2 KERR, L. *Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.
3 SZWARCOWALD, C. L. *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.
4 BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
5 MURRAY, C. et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2013. *Lancet*, [S.I.], v. 384, n° 9947, p. 1005-1070, 13 set. 2014.





Brasil

DESAFÍO 90/90/90

La trayectoria del VIH y del SIDA por el mundo a través de las últimas tres décadas, pero solo recientemente el fin de la epidemia se puso en el horizonte de investigadores, gobiernos, sectores de la sociedad civil organizada y organismos internacionales como propuesta de meta global factible para el año 2030, como pregona el ONUSIDA.

En mayo de 2014, durante la realización del "I Fórum Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención en VIH", realizado en la Ciudad de México, Brasil y demás países de la región establecieron las llamadas metas "90/90/90", a saber: 90% de las personas que viven con VIH (PVVS) conociendo su estatus serológico; 90% de las PVVS siguen la terapia antirretroviral (TARV); y 90% de las personas en TARV alcanzando supresión viral, para el año 2020.

A lo largo del año 2014, Brasil apoyó y también buscó promover la adhesión a las metas 90/90/90 en los foros internacionales que estuvo presente. En noviembre, los Ministros de Salud del MERCOSUR apoyaron ese compromiso, en reunión realizada en Buenos Aires. Lo mismo ocurrió en el encuentro de los Ministros de Salud de los BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica), realizado en Brasilia, en diciembre de 2014.

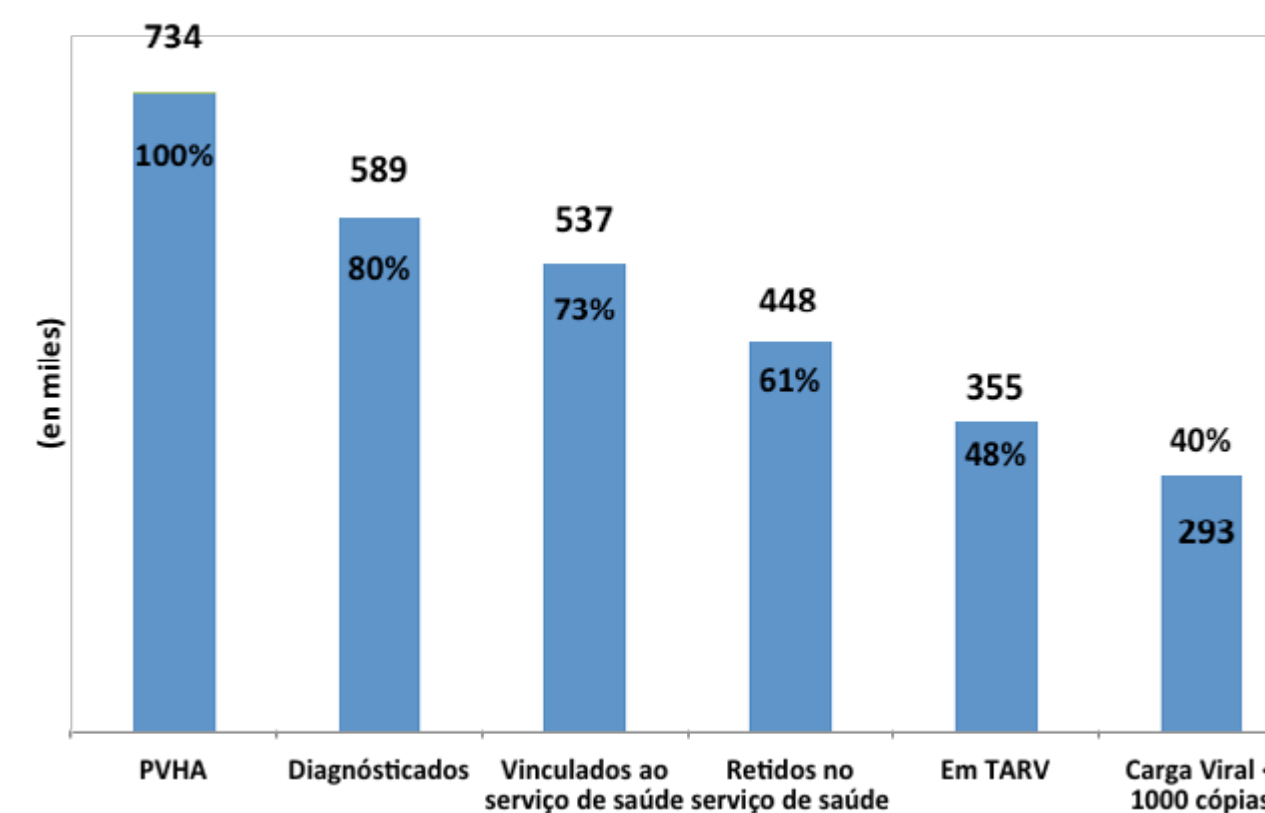
En el mismo año, en el Día Mundial de Lucha contra el SIDA, el 1° de diciembre, Brasil⁶ participó de una reunión en Francia, por invitación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA, y firmó la «Declaración de París para terminar con la epidemia del SIDA», comprometiéndose con la estrategia *fast track*, que busca acelerar la respuesta a la epidemia de VIH y SIDA, lo que incluye la participación y el compromiso de los municipios, La delegación brasileña fue compuesta por las prefecturas de Curitiba, en el estado de Paraná, y Salvador, en Bahia, y por la presidente de la Asociación de Municipios del Estado de Bahia, que representa 417 municipios de ese estado.

En Brasil, el alcance de las metas 90/90/90 se inserta en el marco del acceso universal a la salud. El Sistema Único de Salud (SUS), fundado sobre los principios de universalidad, equidad, integralidad y participación social, establece los contornos fundamentales de la respuesta brasileña al VIH y SIDA. Es en este contexto que el país está implementando acciones y políticas innovadoras, en alianza con diversos actores, en el sentido de ampliar el acceso a la prevención, diagnóstico y tratamiento; combatir el estigma

y la discriminación; y promover los derechos humanos, principalmente de las poblaciones clave de la epidemia y personas que viven con VIH.

El Gráfico 1 presenta la cascada de cuidado continuo del VIH en Brasil, que establece la línea de base y permite monitorear la progresión de los avances alcanzados en dirección a las metas. En 2013, se estimaba que 734 mil personas vivían con VIH/SIDA en el país, de las cuales 80% (589 mil) ya habían sido diagnosticadas. Aproximadamente dos tercios (537 mil) de las PVVS estaban vinculadas a algún servicio de salud y 448 mil (61%) continuaban con seguimiento. De las 355 mil PVVS que estaban en terapia antirretroviral, 293 mil (82,5%) tenían carga viral indetectable (inferior a 1.000 copias/mm3). En lo referente a las metas para 2020, se observó que, de acuerdo con la cascada del cuidado continuo de 2013, 80,2% del estimado de PVVS conocían su serología y, de estas, 61,0% se encontraban en TARV. En cuanto a la carga viral, se observó que, de los individuos en TARV, 82,5% presentaban carga viral suprimida, alcanzando 88% de los adultos.

Gráfico 1 - Cascada de cuidado continuo. Brasil, 2013.



Fuente: BRASIL. Ministerio de Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Departamento de ITS, Sida y Hepatitis Virales. Casos identificados en el SINAN hasta la 26ª semana epidemiológica. Diciembre de 2014.

Para el alcance de las metas 90/90/90, Brasil está comprometido con la ampliación de la prueba rápida y la futura disponibilidad de la prueba de fluido oral en las farmacias, asociadas a la política de la oferta del tratamiento como prevención (*TasP*), asegurando a las personas su derecho de elección para iniciar el tratamiento, independientemente del CD4.

A fin de colaborar para la ampliación del acceso al tratamiento en tiempo oportuno, el Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Virales, de la Secretaría de Vigilancia en Salud, del Ministerio de Salud de Brasil, está promoviendo la gestión compartida de la atención a los pacientes de VIH con la red de Atención Básica; la incorporación de nuevas presentaciones terapéuticas; y el perfeccionamiento de sistemas informatizados para el acompañamiento del cuidado. Estas iniciativas han contribuido tanto para la ampliación del acceso a servicios e insumos de prevención, diagnóstico y tratamiento, como para un aumento de la adhesión al tratamiento, aspectos fundamentales para el control de la epidemia.

Entre las acciones de prevención, Brasil adoptó la prevención combinada, estrategia que incluye el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, profilaxis post-exposición (PEP); campañas nacionales de estímulo al uso de preservativos y pruebas; la distribución de insumos (preservativos masculinos y femeninos y gel lubricante) en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS); y acciones específicas de prevención al VIH ante poblaciones clave (gays y otros HSH, travestis, transexuales, trabajadores del sexo y personas que usan drogas, con énfasis en los usuarios de *crack*).

Todas estas acciones se basan en el diálogo con los diferentes actores (gobiernos federal, estatales y municipales, especialistas de la academia, sociedad civil organizada, miembros del parlamento, comunidades religiosas, agentes de medios, organizaciones internacionales, bloques de países y agencias de cooperación bilateral y multilateral) y en el reconocimiento de los contextos singulares para el enfrentamiento de la epidemia (personas que viven con VIH/SIDA, poblaciones clave y *hotspots*). Este diálogo amplio es una de las características distintivas de la respuesta brasileña al VIH y al SIDA.

También son características de la respuesta brasileña la innovación tecnológica permanente y basándose en evidencia científica. En ese sentido, Brasil acompañó los avances globales y contribuyó al debate, la elaboración y la implementación de propuestas y políticas, siempre pautado por el compromiso con el derecho de todos de tener una vida plena, productiva y digna. Esto llevó a Brasil a implementar una serie de medidas de impacto relacionadas a los derechos humanos de PVVS y de las poblaciones clave y a adherir las iniciativas de ámbito internacional, como la estrategia "Cero Discriminación" del ONUSIDA.





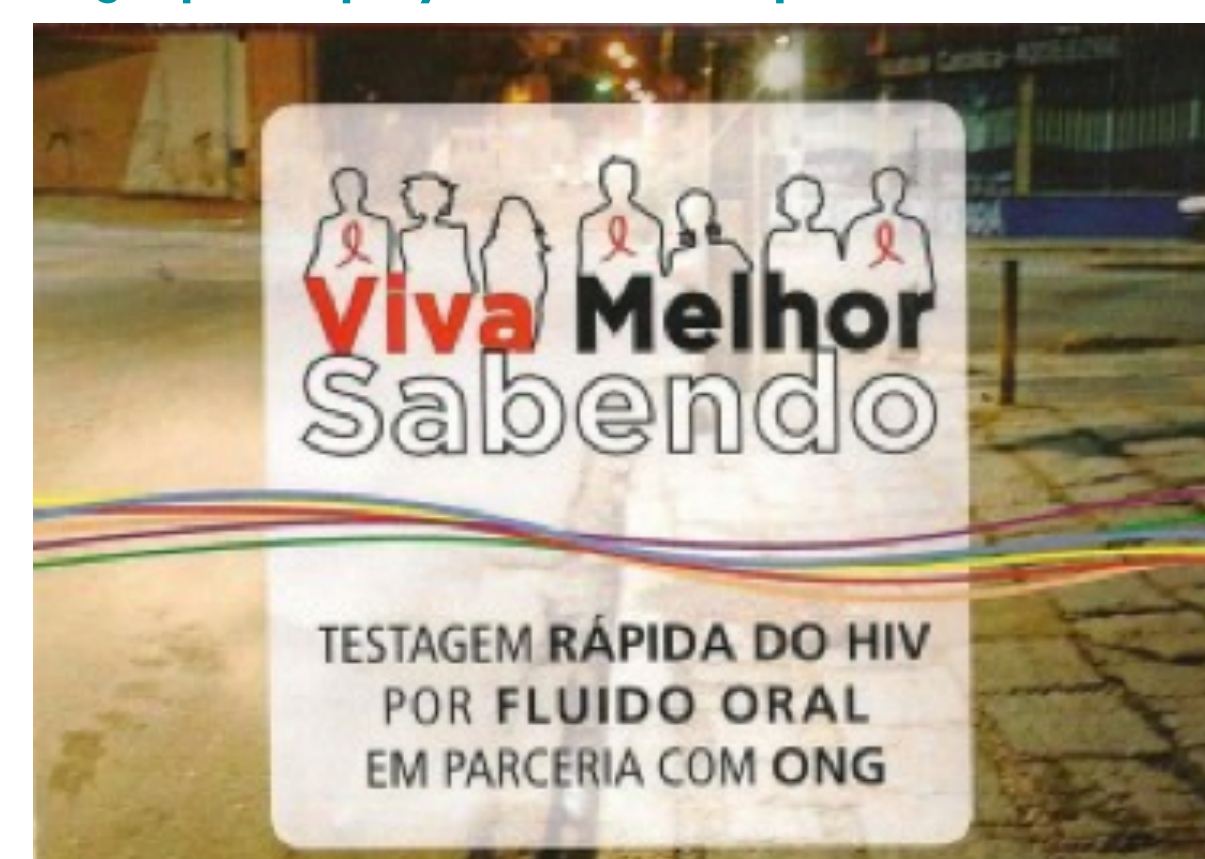
Brasil

BUENAS PRÁCTICAS (PROGRAMA VIVA MEJOR SABIENDO)

En el segundo semestre de 2013, el Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Virales lanzó la estrategia de prueba rápida de VIH con fluido oral, en alianza con organizaciones de la sociedad civil, teniendo como centro de atención las poblaciones clave y la actuación entre pares. La estrategia recibió el nombre “Viva Mejor Sabiendo”, en una alusión a los beneficios del conocimiento personal de la serología para el VIH y del tratamiento precoz, cuando sea necesario. La ampliación de la prueba oportuna, voluntaria y gratuita y fue realizada en las propias comunidades de las organizaciones participantes, en los espacios de sociabilidad de las poblaciones claves. Actualmente, la estrategia es desarrollada por 54 proyectos aprobados en Edital Público, en 38 ciudades brasileñas en cinco regiones del país.

Hasta marzo de 2015, al final de los primeros proyectos de la estrategia “Viva Mejor Sabiendo”, aproximadamente 30 mil pruebas habían sido realizadas en asocio con 51 ONG. Así, vinculadas a las cuatro poblaciones clave de la epidemia concentrada en Brasil - *gays y otros HSH; travestis y transexuales; personas que usan alcohol y otras drogas; y hombres y mujeres trabajadores del sexo y, también, otros subgrupos poblacionales que conviven en los espacios de sociabilidad de algunas de esas poblaciones clave para la infección del VIH*, han podido hacer la prueba de fluido oral, considerándose que muchos de ellos, aproximadamente 48%, hicieron el testeo por primera vez. Para el seguimiento del proyecto, se desarrolló el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Proyectos con ONG (SIMAV-PRO) por el Ministerio de Salud, permitiendo identificar el cumplimiento de las actividades propuestas y haciendo posible las correcciones necesarias durante la implementación.

Logotipo del proyecto «Viva Mejor Sabiendo»



Viva Mejor Sabiendo
Prueba rápida del VIH por fluido oral en alianza con ONG

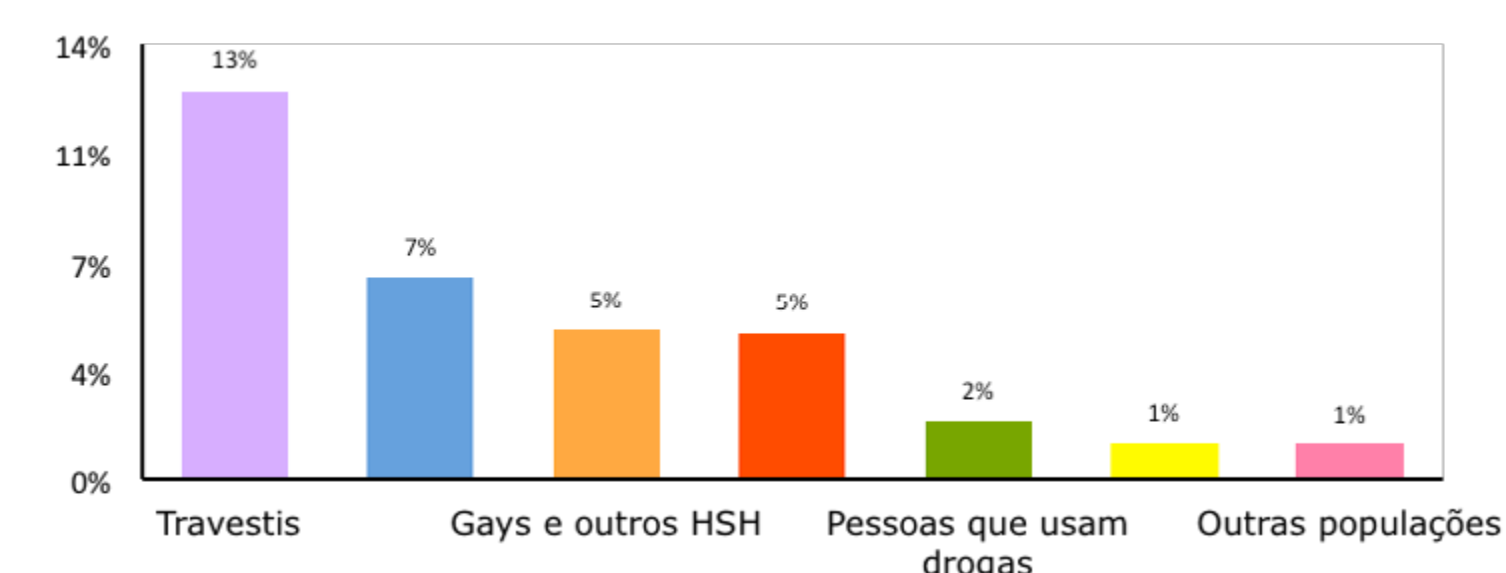
La metodología adoptada por la estrategia “Viva Mejor Sabiendo” ha permitido alcanzar las personas en lugares y horarios alternativos, con pruebas ofrecidas fuera de las estructuras de los servicios de salud. La utilización de la metodología de educación entre pares permite que los educadores de las poblaciones claves conduzcan las actividades y difundan las informaciones de prevención de las EST/VIH de la forma más adecuada en ese contexto. La estrategia de pares es el “intercambio de saberes entre semejantes, o sea, entre personas o grupos que tienen el mismo perfil y comparten las mismas vivencias, lo que facilita el intercambio de conocimientos y prácticas” (UNICEF, 2013).

Los equipos de las ONG son entrenadas en talleres realizadas localmente en los territorios donde la estrategia es desarrollada, siempre en asocio con las administraciones municipales y estatales involucradas.

En las capacitaciones, se utilizan contenidos sobre testeo de fluido oral, por medio del TELELAB⁶, aspectos éticos y legales del testeo del VIH, abordaje y entrega de resultado y cuestiones relacionadas a los Derechos Humanos, discriminación, estigma, género y sexualidad.

El proyecto es una de las principales y más recientes iniciativas del Ministerio de Salud para favorecer la ampliación de las pruebas, y ha mostrado una importante estrategia para el acceso de las poblaciones que son históricamente alijadas de los servicios públicos de salud, permitiendo que la prueba de VIH sea realizada por personas no expertas pertenecientes a las ONG asociadas.

Gráfico 2. Porcentaje de pruebas positivas para el VIH en poblaciones clave en el ámbito del proyecto “Viva Mejor Sabiendo”. Brasil, 2014.



Fuente: SIMAV-PRO y MS/SVS/Departamento de ITS, SIDA y Hepatitis Virales

⁶ Programa de educación continuada, del Ministerio de Saúde del Brasil, que ofrece cursos gratuitos especialmente para los profesionales de la área de salud /<http://telelab.aids.gov.br/>





Paraguay

RETRATO DE LA EPIDEMIA

Los primeros casos reportados de Sida en Paraguay fueron en 1985 en hombres homosexuales y los primeros casos en mujeres fueron reportados a partir del año 1990 y los casos en niños en 1993. Desde el inicio de la epidemia de VIH en el Paraguay en el año 1985 hasta el año 2014, están registradas un total de 13.933 personas con VIH de las cuales 4.318 fueron casos Sida. Contabilizándose 1.545 personas fallecidas con infección por el VIH.

El Programa Nacional de Control de VIH/Sida/ITS (PRONASIDA) fue creado por Resolución Ministerial N° 38 del año 1988 y ampliado en sus funciones como re de intervenir y controlar la Infecciones de Transmisión Sexual en el año 1998.

El país tiene un avance importante en la respuesta nacional a la epidemia, con inclusión de sector de sociedad civil, comunidades, sector privado además de otros componentes del sector público, y cuenta con el apoyo de organismos internacionales y de cooperación bilateral y multilateral, además del Fondo Global, que financia proyectos de fortalecimiento de VIH en las regiones del Paraguay y tiene un proyecto activo que enfoca a la sociedad civil y poblaciones claves.

Entre las prioridades se propone eliminar las barreras legales, las actividades de abogacía para alcanzar a las poblaciones clave y que puedan acceder a los servicios de prevención y testeo a través de pruebas de VIH con consejería.

Las organizaciones de sociedad civil junto a las autoridades del Ministerio de Salud, organizan talleres de capacitación para reducir el estigma y discriminación hacia el personal de salud, donde participan como instructores los líderes de las organizaciones de sociedad civil. Para poder resguardar los Derechos de las poblaciones claves y las más vulnerables.

A nivel nacional los el número de nuevos diagnósticos de VIH han ido aumentando en los últimos 5 años, registrándose aproximadamente más de 3 casos por día. El acceso oportuno para el diagnóstico de los nuevos casos es aún bajo.

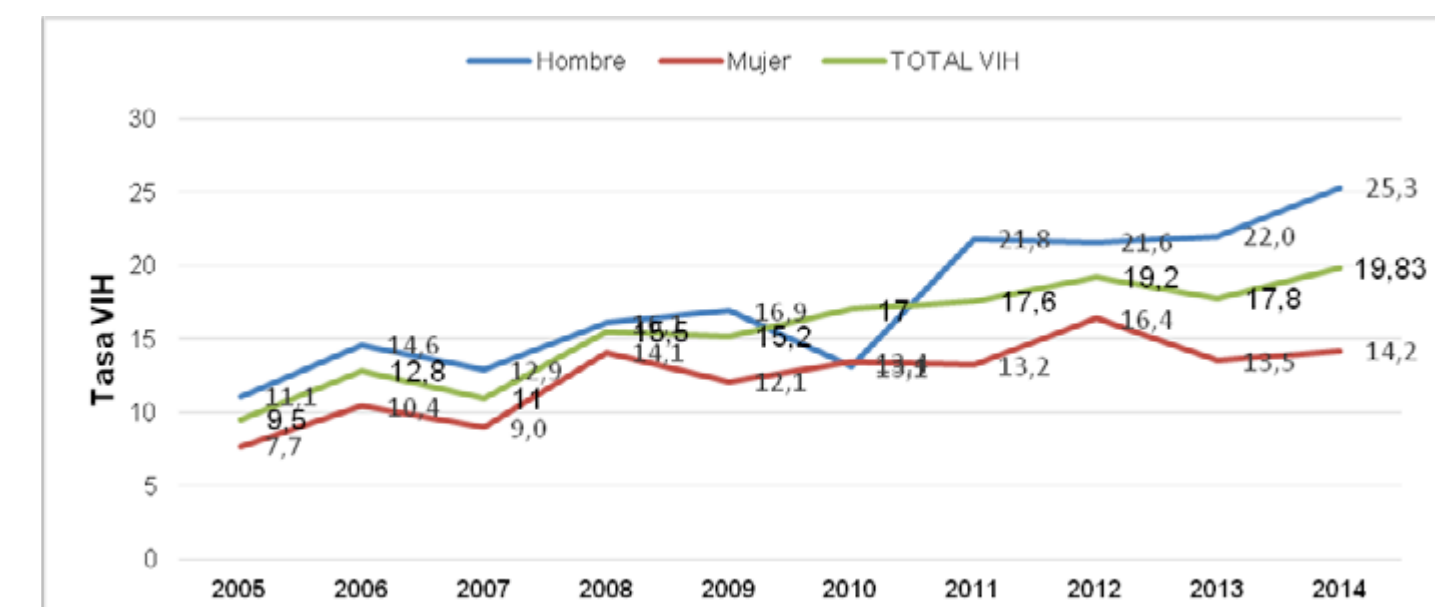
La vía sexual sigue siendo la principal vía de transmisión del VIH, se observa que las poblaciones entre 20 y 39 años son las más susceptibles y que el diagnóstico en la población masculina mayor a 50 años ha ido aumentando.

La Epidemia del VIH en el Paraguay se encuentra concentrada en las Poblaciones Clave (Mujeres Trans, Hombres que tienen Sexo con Hombres, Mujeres Trabajadoras Sexuales y Usuarios de Drogas), presentando una elevada prevalencia de infección por el VIH e ITS de acuerdo a los últimos estudios realizados.

La prevalencia del VIH en población indígena hallada en tres ejes geográficos del Paraguay fue del 0,4% (IC 95% 0,1 a 1) 4 y en la Población Privada de Libertad (PPL) se ha realizado un estudio en el año 2007 donde se halló una prevalencia de VIH del 0,7%.

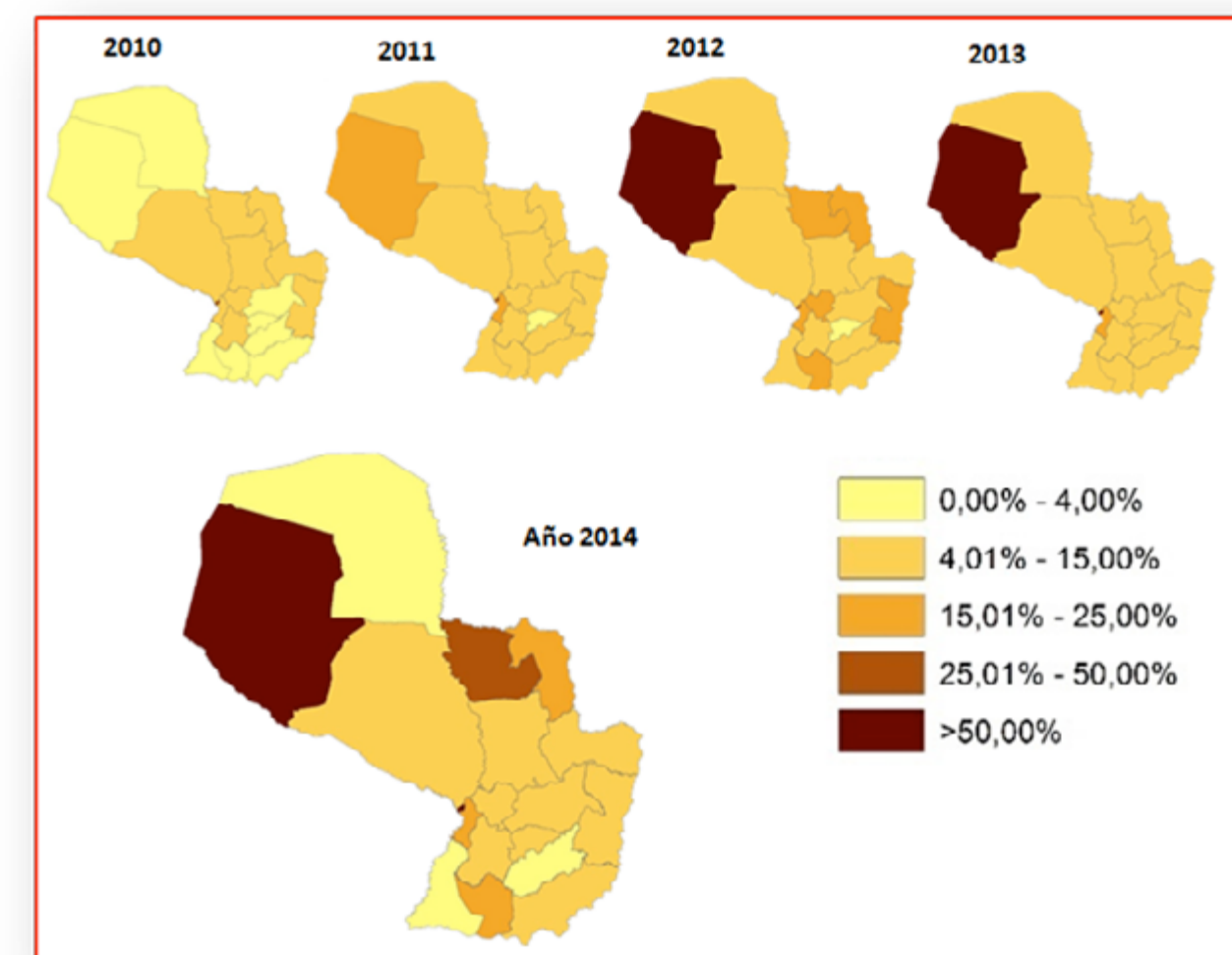
El PRONASIDA, como ente rector de la Respuesta Nacional, maneja dos ejes de acción: ejerce la rectoría de la Respuesta Nacional ampliada, integrada y comprometida a la epidemia de VIH e infecciones de transmisión sexual y provee en forma descentralizada los servicios de promoción, prevención y atención integral a las personas, bajo los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y el acceso universal, y el enfoque de género, para disminuir el avance de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y sida e infecciones de transmisión sexual. Para lo cual se ha ampliado a nivel país el acceso oportuno al diagnóstico a través de las pruebas rápidas para VIH, sífilis, previa consejería y manejo sintomático de las ITS.

Gráfico 1. Tasa de Nuevos diagnósticos de VIH según sexo y población total. Paraguay. 2005 a 2014



La tasa de nuevos diagnósticos de VIH detectados en los últimos 10 años, se ha duplicado en el Paraguay.

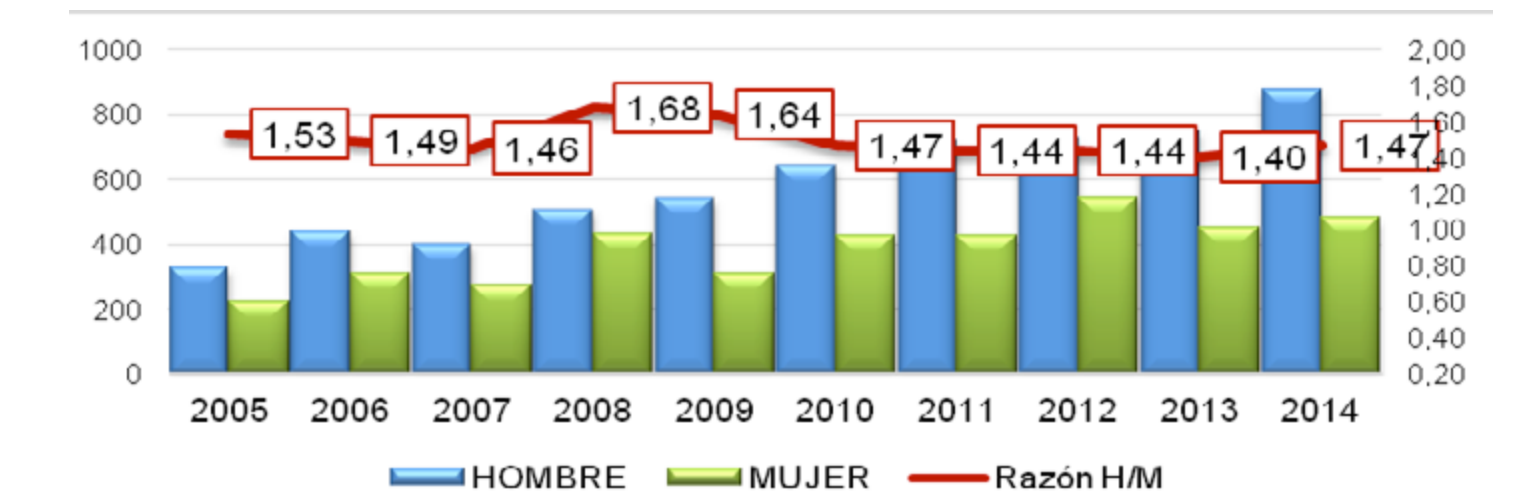
Gráfico 2. Tasa de nuevos diagnósticos de VIH por Departamento. Paraguay. 2005 a 2014



El Paraguay está dividido en dos Regiones Geográficas (Oriental y Occidental/Chaco) y la mayor parte de la población paraguaya se concentra en la Región Oriental cuya densidad de población es de 40.0 hab/Km² y 0.7 hab/Km² en la Región Occidental.

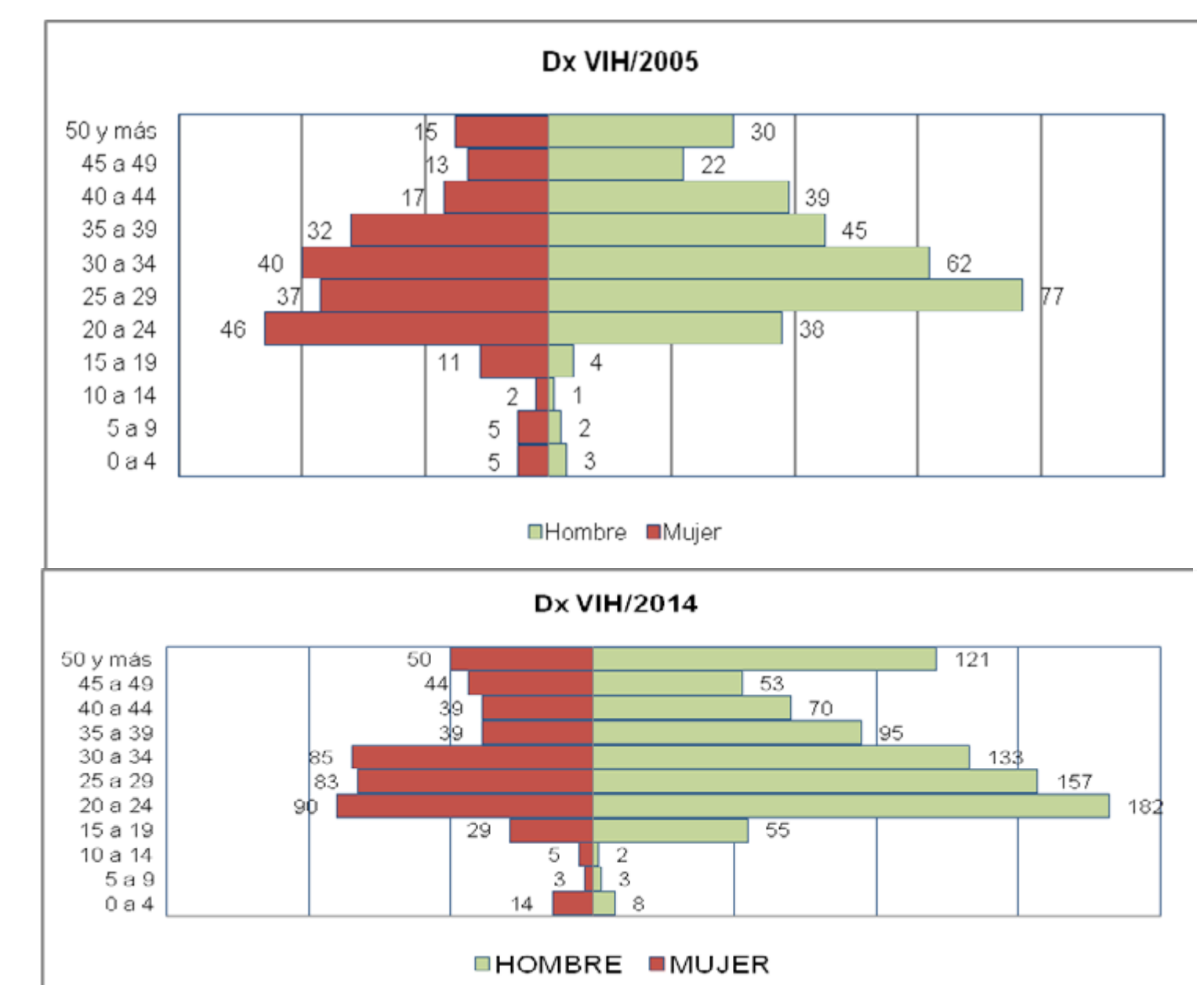
Las Nuevas infecciones por VIH se detectan principalmente en la Asunción/Capital y en el Departamento Central, seguidos de las áreas fronterizas Alto Paraná e Itapúa. La tasa de VIH ha ido en aumentando a través de los años, la Capital y el Departamento Central presentan las tasas más elevadas a nivel nacional y el Chaco y los departamentos centro Norte de la Región Oriental han incrementado sus casos.

Gráfico 3. Razón Hombre/Mujer de nuevos diagnósticos. Paraguay. 2005 a 2014



La relación Hombre/Mujer se mantiene estable en los últimos años.

Gráfico 4. Distribución de Nuevos diagnósticos de VIH por grupos de edad y sexo. Paraguay. 2005 y 2014



continúa

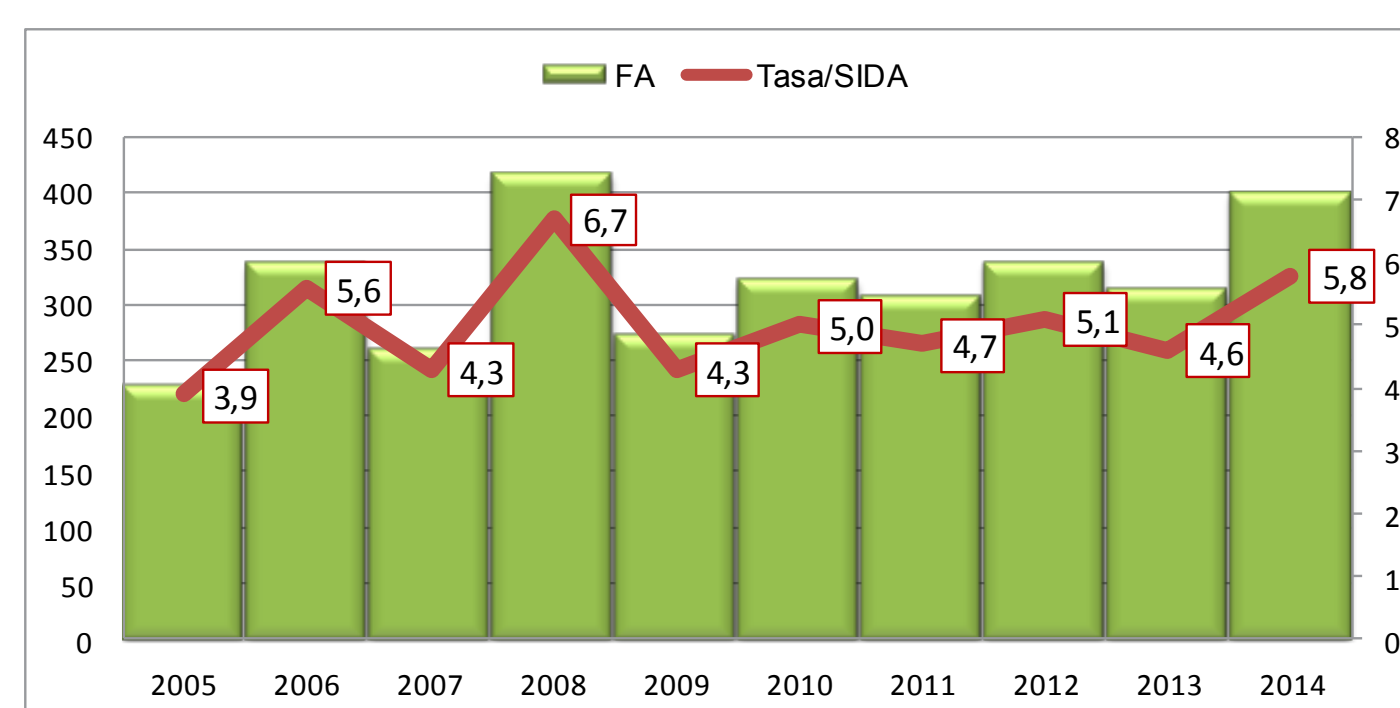




Paraguay

El mayor número de nuevos diagnosticado se encuentra en los grupos de edades con actividad sexual más activa, pero actualmente hay un aumento de la notificación de casos en edades entre 50 y más años.

Gráfico 5. Distribución de Casos Sida. Paraguay. 2005 a 2014



La tasa de mortalidad se mantiene con valores estables en los últimos años, excepto en el año 2008 donde se observó un pico de registros de personas fallecidas.

La Respuesta Nacional al VIH ha tenido avances importantes en los últimos 10 años, con prioridades en reivindicar el derecho a la no discriminación de género, la diversidad interculturalidad y las poblaciones más vulnerables.

Gráfico 6. Tasa de mortalidad VIH, según sexo. Paraguay. 1985 a 2014





Paraguay

DESAFÍOS 90 90 90

Paraguay presenta una epidemia concentrada en población clave (mujeres trans, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas), donde se han encontrado elevadas prevalencias de VIH e ITS en los diferentes estudios realizados en comparación con la población general. Los primeros casos de VIH se registraron en 1985.

Desde el inicio de la epidemia de VIH en el Paraguay hasta el año 2014, están registradas un total de 13.933 personas con VIH de los cuales, 4.318 son casos Sida y 1.554 personas fallecidas. El número de Personas viviendo con VIH hasta diciembre del 2014 es de 12.388

Nuevos diagnósticos año he crecido sostenidamente, alcanzando 935 en el año 2009 y llegando a 1.369 personas en el año 2014. En el Paraguay se calcula que para el 2014 existían 16.825 Personas con VIH (PVIH), y se estiman 2.002 nuevas infecciones anuales².

La elaboración de la cascada de atención al VIH de Paraguay, se realizó sobre la totalidad de los pacientes que viven con VIH a Diciembre de 2014. Los indicadores se calcularon en forma transversal para cada uno de los pilares.

En cuanto a los resultados de estimación de las metas 90-90-90, la meta es aumentar personas con el VIH que tienen conocimiento de su diagnóstico para el 2020, el 90% de las personas que viven con VIH conocen su estado serológico: el cálculo se obtuvo de los Casos acumulados de VIH notificados por el sistema de vigilancia basado en casos de VIH.

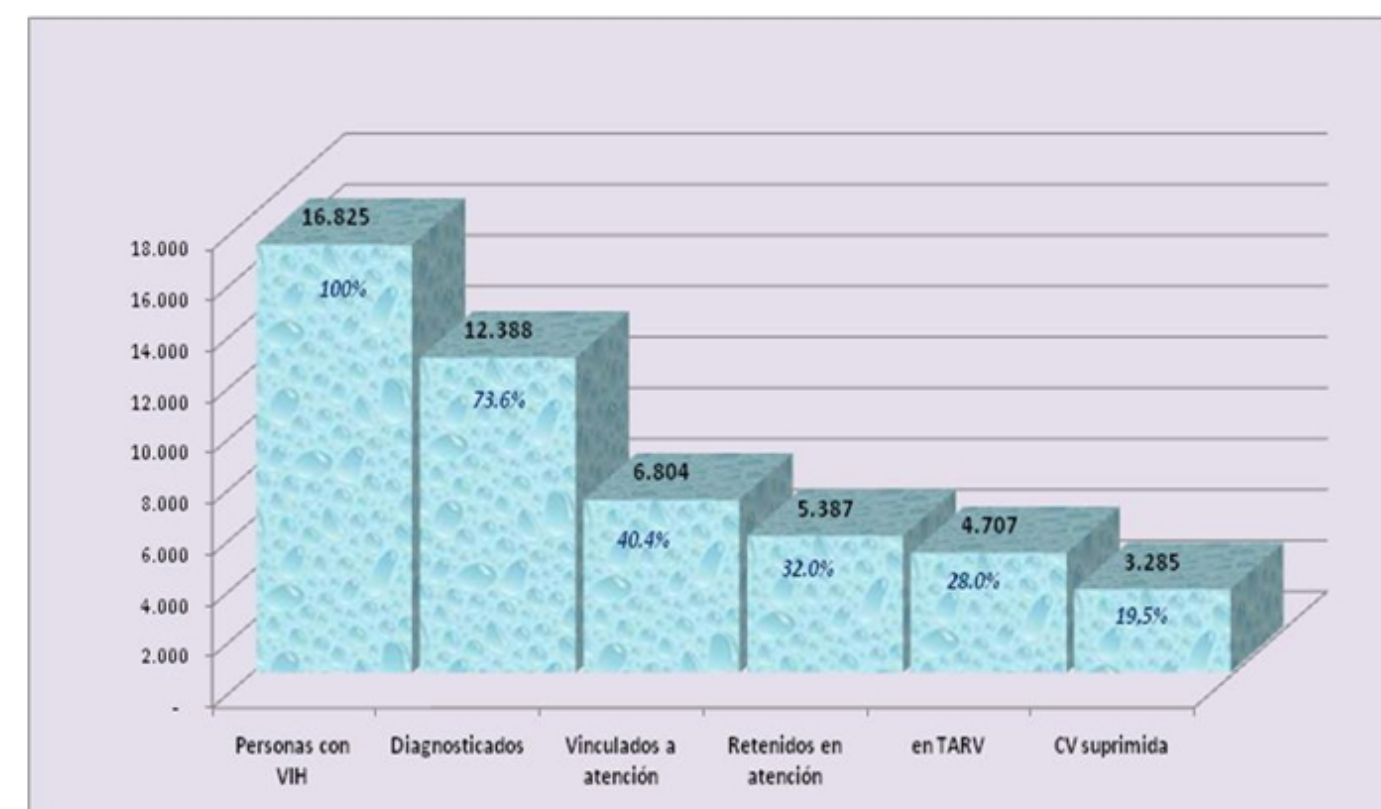
Para el 2020, el objetivo es disminuir el diagnóstico tardío: el 15% o menos de personas tienen un primer recuento de CD4 menor o igual a 200 cel/mm³, los datos fueron obtenidos del registro del laboratorio del PRONASIDA.

También es necesario aumentar personas en tratamiento antirretroviral para el 2020, el 90% o más de las personas elegibles para tratamiento reciben tratamiento antirretroviral, los datos fueron obtenidos de los registros de tratamiento antirretroviral de servicios de atención integral (SAI).

Aún, se necesita aumentar las personas en tratamiento con carga viral indetectable para el 2020, el 90% o más de las personas en TAR están en supresión viral (carga viral <1000 copias), los datos fueron obtenidos del Laboratorio del PRONASIDA.

Resultados:

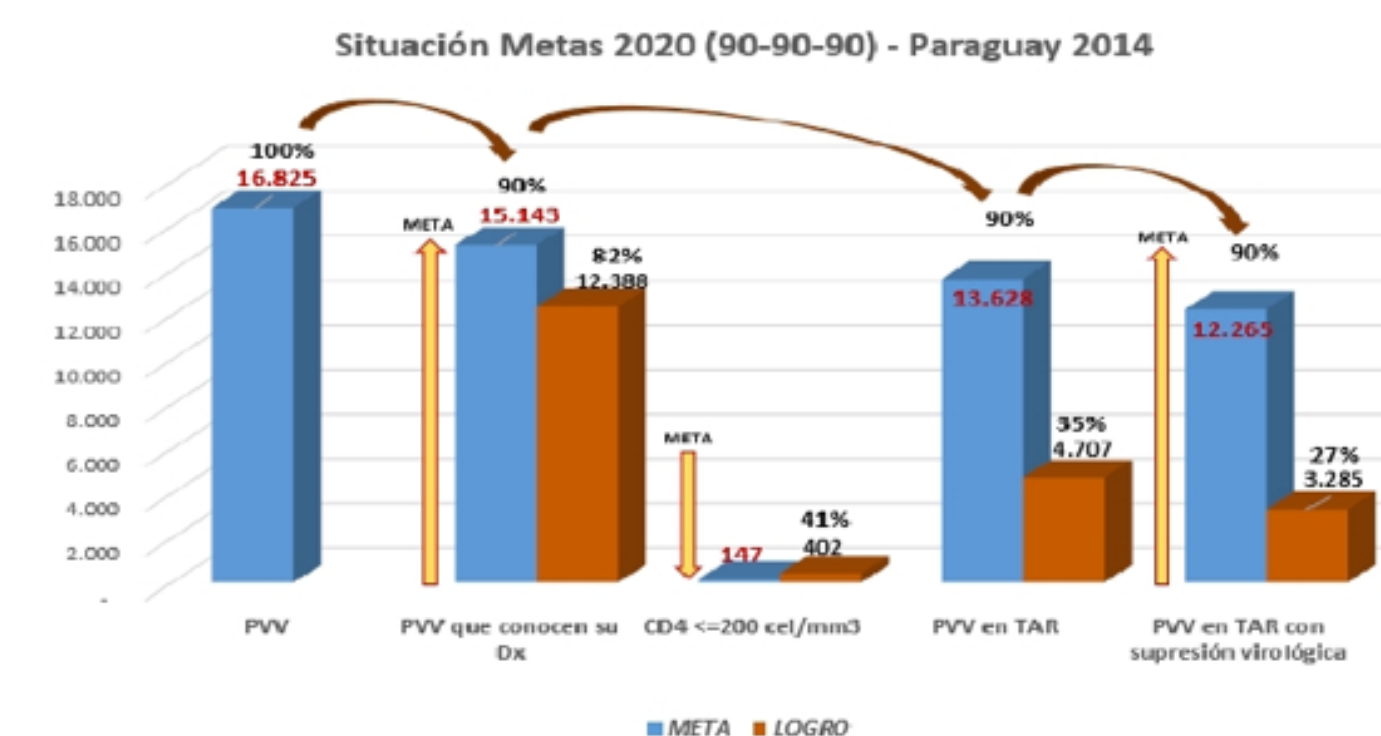
CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCION EN VIH - PARAGUAY 2014



Novos diagnósticos de HIV segundo o nivel de CD4 Paraguai 2014. N: 982

Nível CD4 (cel/mm ³)	Número de PHIV	%
<200	402	40,94
200-349	256	26,07
350-500	176	17,92
>500	148	15,07

Fuente: Base de datos. Laboratorio- PRONASIDA



Las estimaciones de PVIH que existen en el país, la brecha de personas que no conocen su estatus serológico es de 4.437 (26,4%).

Un total de 6804 PVIH (40,4%) del total de personas estimadas que viven con VIH, están vinculadas a la atención. 5.387 PVIH (32%) del total de personas estimadas que viven con VIH están retenidas en atención del VIH.

A diciembre 2014 estaban 4.707 PVIH registradas recibiendo tratamiento ARV en los servicios del Ministerio de Salud Pública, siendo un 28% respecto al total de PVIH estimado (Spectrum 2014) y 35% del 90% de las personas diagnosticadas están en tratamiento antirretroviral al 2020 actualmente.

La supresión virológica fue de 19.5% sobre el total estimado de PVIH (Spectrum 2014) y 27% del 90% de total de personas en tratamiento antirretroviral al 2020 tienen CV <1000 copias.

De los nuevos diagnósticos de VIH en el 2014 y se sometieron al primer recuento de CD4 el 40,94% tenían < 200 cel/mm³.

Paraguay reconoce dificultades en el diagnóstico precoz y en la descentralización a otras regiones sanitarias del país.

Persisten las limitaciones en la atención integral sin discriminación, con enfoque de género, diversidad sexual y respeto a los derechos humanos en los servicios, generando inconvenientes en la adherencia al tratamiento y la vinculación de las PVIH y poblaciones claves.

El país actualmente está abocado a disminuir las brechas relacionadas a la cascada del continuo de atención, a través del Plan Integral de Abordaje e Intervención del VIH en Paraguay.





Paraguay

MEJORES PRÁCTICAS

Programa de Prevención de la transmisión Madre-hijo del VIH y la Sífilis (PTMI):

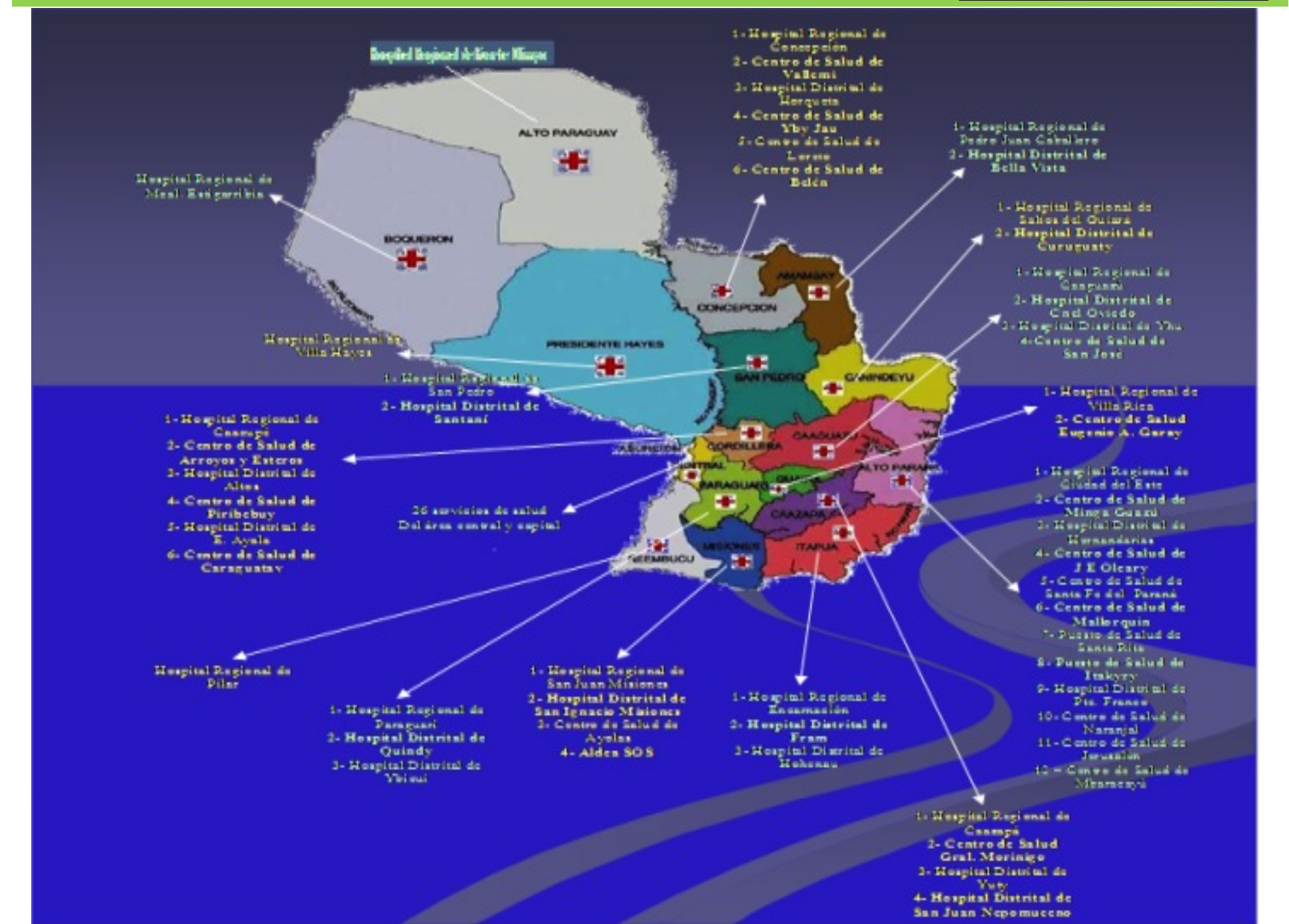
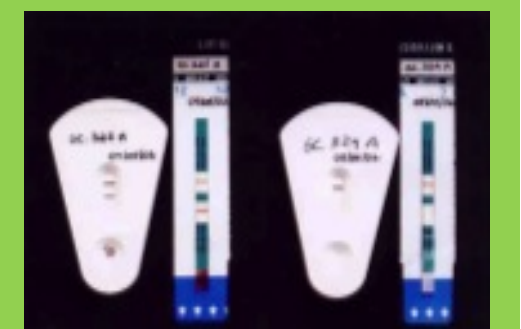
A partir del año 2006 el PRONASIDA ha implementado el Programa de Prevención de la Transmisión madre-hijo del VIH y Sífilis. Este programa ha tenido resultados importantes como la disminución de los casos nuevos de VIH en niños/as y ha mejorado la detección de los casos de Sífilis congénita.

Con el objetivo general de disminuir la transmisión vertical del VIH y eliminar la sífilis congénita como problema de salud en el Paraguay, las actividades realizadas en el marco de este programa fueron: elaboración de Resoluciones ministeriales y normas para el trabajo en los servicios de salud; elaboración de manuales; capacitación de recursos humanos en salud para la implementación de la Estrategia de Prevención de la transmisión vertical del VIH a nivel país. Se ha capacitando y se siguen fortaleciendo a Equipos multidisciplinares de trabajo de profesionales de la salud en PTMI del VIH y Sífilis congénita en cada región sanitaria para el tratamiento y seguimiento de los mismos y cuentan con el apoyo permanente del PRONASIDA; Implementación de dicho programa en todos los niveles de atención: desde las Unidades de salud familiar, Puestos y Centros de salud, Hospitales Distritales, Regionales, Materno infantiles y Especializados. Entre las publicaciones, si puede destacar:

- N° 433 del 5 de junio del 2006, **“obliga a los proveedores de salud a ofrecer las pruebas para VIH y Sífilis a todas las embarazadas que acuden a los servicios del MSP y BS”**
- N° 396 del 25 de junio del 2007 en su Artículo 1°: **“declara prioritario para la salud pública al Programa de Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) del Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH y la Sífilis Congénita.**
- N° 488, del 14 de julio de 2009. **“declaran prioritarias las normas para el tratamiento de la sífilis en la embarazada, su pareja y los niños con sífilis congénita”.**
- N° 246, del 12 de abril de 2011. **“aprueba la norma clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis y su aplicación obligatoria por parte de los profesionales de la salud”.**



Red de Servicios que realizan el Testeo Rápido para VIH y Sífilis



continúa





Paraguay

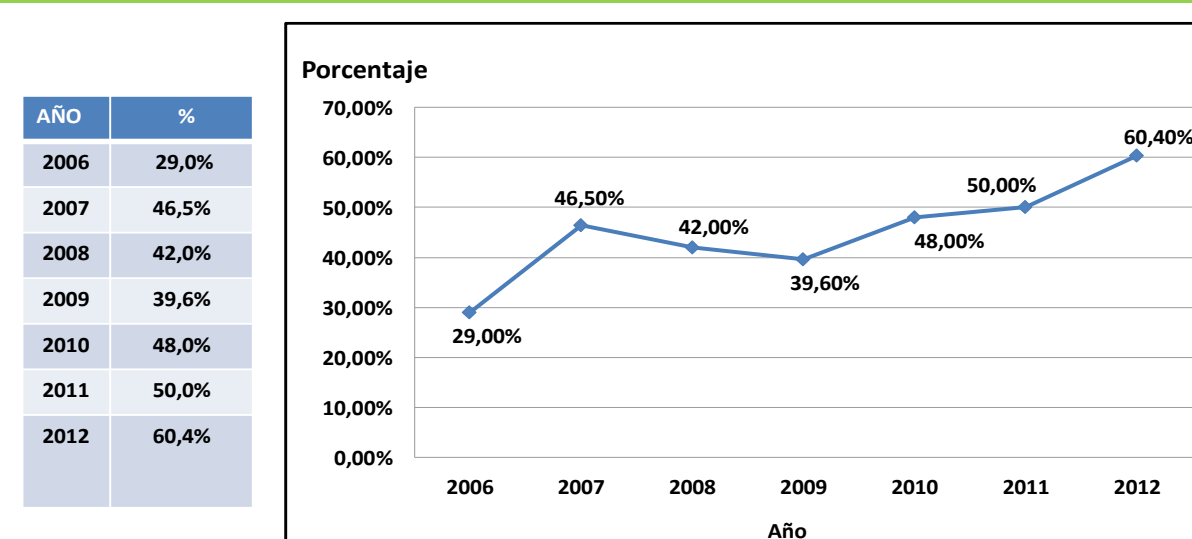
Actualmente las pruebas rápidas se realizan en 1100 servicios de salud del país lo que corresponde al 80% aproximadamente de todos los establecimientos del país.

En Paraguay, todas las personas, hombres, mujeres y embarazadas que ingresan a los servicios de salud pasan por admisión, preconsulta, accediendo a la consejería y el acceso a las pruebas rápidas de diagnóstico al mismo tiempo para VIH y sífilis, en forma voluntaria y gratuita.

Al detectarse casos positivos para VIH o Sífilis recibirán el conjunto de intervenciones necesarias la Profilaxis con medicación antiretroviral, la cesárea electiva, medicación ARV para el recién nacido y la supresión de la lactancia materna en caso del VIH con la correspondiente entrega de sustitutos de la lactancia materna por un lapso de 6 meses, y para los niños nacidos de madres con VIH la profilaxis con trimetoprim-sulfa). Si la pareja da resultado reactivo de VIH también accederá al programa de Atención integral en forma gratuita.

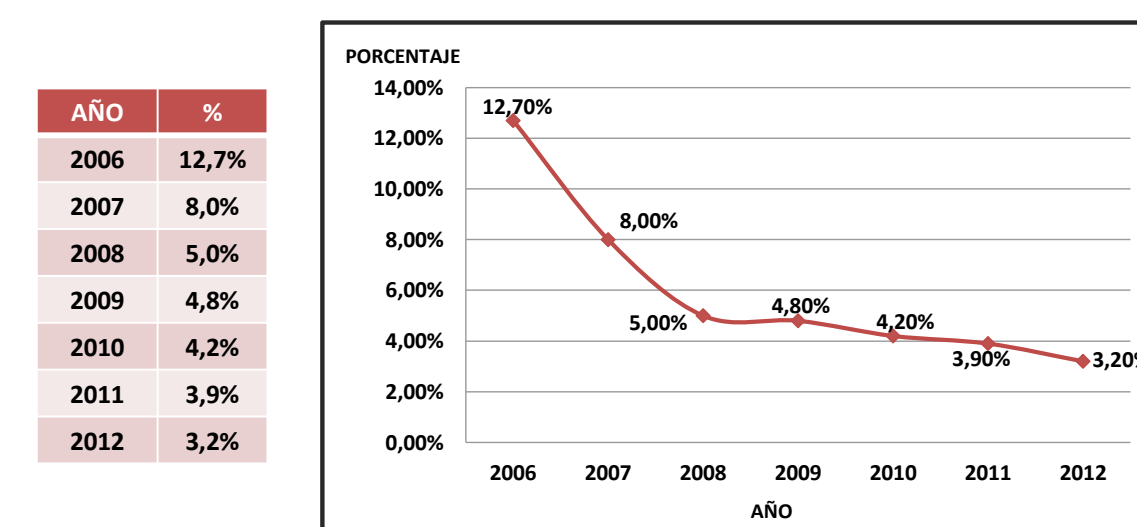
El PRONASIDA ha dispuesto la implementación de **NODOS de atención de las mujeres y sus niños** que resultaren positivas a la infección del VIH, sífilis u otra Infección de transmisión sexual. Actualmente están funcionando los nodos del: Instituto de Medicina Tropical-PRONASIDA, Encarnación, Ciudad del Este, Cnel. Oviedo, Pedro Juan Caballero, Concepción, San Pedro y Boquerón. Los gráficos muestran algunos resultados de gran impacto.

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS NUEVAS + READMITIDAS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD Y RECIBEN CONSEJERIA Y TESTEO DE VIH Y SIFILIS PROCESO



- Cobertura: en el año 2013, la cobertura fue del 62%,y en el 2014 de 66%.
- Impacto en los niños : la tasa de transmisión ha disminuido en forma muy importante, aproximadamente 1600 niños/as están sanos con esta estrategia, actualmente la cohorte seguida hasta el 2014 tenemos una transmisión del 3%.

PORCENTAJE DE NIÑOS/AS INFECTADOS POR EL VIH DE MUJERES DANDO A LUZ EN LOS ULTIMOS 12 MESES IMPACTO



Los muchos desafíos siguen colocados, e incluyen aumentar la cobertura a >95% en diagnóstico y tratamiento de las mujeres embarazadas con VIH, política de salud del adolescente y del hombre en todas las Regiones sanitarias, Implementar a nivel local el abordaje integral de las personas que llegan a los servicios de salud, Fortalecer los sistemas de vigilancia e información en los servicios de salud, Integración de los programas de salud e evaluación de impacto en las comunidades de la atención primaria de salud.





Paraguay

ENTREVISTA

María Lucila Esquivel presenta la Asociación de Mujeres Trabajadoras Sexuales, Unidas en la Esperanza (UNES), parte de la Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales de América Latina y El Caribe (RedTraSex). Ella es Tesorera de la UNES y Coordinadora del Nodo ConoSur – RedTraSex.

UNES es parte integrante de la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (RedTraSex) compuesta por organizaciones de base de 15 países, aunadas a través de reivindicaciones en común. El Nodo, desde Paraguay, facilita asesoría técnica y política, y la Coordinadora ejerce como eje político dentro de la RedTraSex porque integra el grupo de trabajo de gestión y coordinación de la propuesta junto a la Unidad Ejecutora del Proyecto (UEP), y fuera porque representa en toda su extensión a la RedTraSex en instancias políticas tan elevadas, como en instancias de la sociedad civil propiciadas por la Organización de los Estados Americanos (OEA).

1. ¿Cuál es el propósito de la UNES y cómo trabaja?

La Asociación de Mujeres Trabajadoras Sexuales, Unidas en la Esperanza (UNES) es una organización social de base que nace en el año 2004 y viene trabajando hace 11 años en Paraguay, en busca de la promoción de políticas públicas que protejan el ejercicio del trabajo sexual y promuevan el reconocimiento de éste como tal, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de las MTS y erradicar todas las formas de discriminación y violencia.

Los ejes prioritarios de actuación son la Incidencia Política y Derechos Humanos; Promoción y exigibilidad de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Prevención del VIH/SIDA, desde una perspectiva de salud integral y Empoderamiento Político de las Mujeres Trabajadoras Sexuales.

Además, UNES es cardinal y estratégicamente Nodo de las Organizaciones Nacionales de MTS (ONMTS) del Cono Sur lo que implica el liderazgo político y técnico en la región y la construcción colectiva de capacidades en/con/desde/para las ONMTS de Argentina, Chile, Bolivia, Paraguay y Uruguay, con una líder reconocida a nivel latinoamericano.

UNES busca promover la articulación de las mujeres que ejercen libremente el trabajo sexual, a través de la organización de base y la capacitación, luchando por el respeto a los Derechos Humanos y contra la discriminación social, implementando estrategias para el fortalecimiento institucional y el empoderamiento de las MTS.

2. Hable sobre algunos proyectos recientes que fueron implementados desde su organización.

Los principales proyectos a nivel local y regional son los siguientes: Proyecto: "Avanzamos: Fortaleciendo la Respuesta Nacional en VIH/SIDA/ITS en 6 Regiones Sanitarias hacia la meta del acceso universal-R8"; Proyecto en proceso de ejecución

denominado: "Trabajadoras del Sexo en Latinoamérica y el Caribe, trabajando para crear alternativas que disminuyan su vulnerabilidad al VIH: Una estrategia regional para un verdadero impacto", con la financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA/TB/MALARIA; Proyecto "Expansión y sostenibilidad de la Respuesta al VIH en Paraguay" 2015/2018. Sub-beneficiarias Proyecto: "Hacia la integralidad en los servicios públicos en Respuesta Nacional ante el VIH/SIDA desde las bases para las bases: UNES para educar, prevenir, acompañar y dignificar a las MTS". Pero también implementamos acciones en las áreas de derechos humanos, promoción de la salud (prevención), atención integral; con acciones de sensibilización y formación, actividades de Incidencia con actores claves; procesos de discusión en torno a políticas públicas, leyes, ordenanzas referentes al Trabajo Sexual; talleres de sensibilización sobre Estigma y Discriminación en los Servicios Públicos de Salud; campañas de comunicación y sensibilización; producción de materiales informativos y también estudios e Investigaciones.

3. ¿Y cómo trabajan en las áreas de prevención, diagnóstico y atención de la salud para las personas de su población?

Toda propuesta de UNES enmarca sus estrategias teniendo presente aspectos de la desigualdad social y de género, cuyas consecuencias generan mayores situaciones de vulnerabilidad para las MTS en todos los ámbitos, y el cruce de una serie de discriminaciones, estigmas y prejuicios, que deben ser erradicados.

Desde UNES, se ha venido trabajando la estrategia de "Promoción por Pares", en calidad de organización de base, es decir, de MTS a MTS. Lo que a su vez, ha permitido un acercamiento más fluido entre pares, teniendo en cuenta que el punto de partida para la ejecución de la estrategia, es contar con uno de los principales elementos que a lo que a lo largo del trabajo organizativo se fue construyendo y consolidando, en el marco de cualquier acción: "una condición de iguales". Esto no es un aspecto menor, sobre todo, porque facilitó un proceso más sólido y sustancial, en especial, en el empoderamiento de las MTS, desde sus propias realidades y perspectivas comunes. Eso es: la transformación social posible.

Otra de las estrategias transversales de la organización consiste en seguir impulsando el proceso de conciencia de más MTS acerca de su realidad y por ende, la exigibilidad de sus derechos. Si bien se considera que su aplicación no es una tarea fácil, es el camino que se persigue, ya que buscamos promover iniciativas vinculadas a la transformación de comportamientos sociales. De esa manera, se favorece un proceso de conciencia, hacia el incremento de MTS transformadoras de sus propios comportamientos y miradas.

Cada MTS que va tomando conciencia de su realidad de forma más crítica y proactiva, nos acerca a la configuración de sociedades más justas e igualitarias, que las reconozcan como sujetas plenas de todos los derechos.

4. ¿Y bajo cuál abordaje de educación trabajan?

Sobre la concepción metodológica, trabajamos desde la perspectiva de educación popular. Las distintas iniciativas tienen

como punto de partida las experiencias específicas de/entre las MTS para el intercambio y construcción de conocimientos. Se parte de la idea de que educar implica poder generar transformaciones en la realidad, y por ende, incidir en el cambio de comportamientos de las MTS.

El proceso además, se entiende y concibe como algo permanente (acción-reflexión-acción), lo que evidencia la necesidad de continuar impulsando el fortalecimiento de organizaciones de base comprometidas en el sostenimiento de procesos que contribuyan de forma sustancial, a la transformación de realidades injustas vividas por las MTS en cualquier parte del mundo.

5. Hay una integración.

Utilizamos un "enfoque multipaís": la suma integral y comprometida de las partes, equivale a un todo fortalecido. Las propuestas encaminadas por la organización están enmarcadas en un enfoque multipaís, es decir, se ha venido realizando una serie de iniciativas a nivel nacional, y a su vez, se cuenta con acciones específicas, como parte importante de la RedTraSex, lo que permite una red de apoyo simultáneo entre pares a nivel regional.

El hecho de contar con un respaldo político, organizativo, y de intercambio permanente, hace posible cualificar todas las acciones vinculadas a la incidencia local y el logro de las metas. Adicionalmente, los recursos son optimizados y orientados de forma permanente a esfuerzos colectivos, que persiguen la lucha en base a reivindicaciones articuladas.

Como UNES contamos con una serie de alianzas estratégicas a partir de espacios de articulación a nivel nacional y regional, en los cuales se participa de forma activa y protagónica.

6. ¿Cuáles considera Usted que son algunos de los cambios más significativos?

Aún quedan desafíos importantes, sobre todo en aspectos culturales para el cambio de comportamientos, respecto a la prevención del VIH/SIDA, sobre todo en las relaciones de parejas estables. Es decir, las compañeras MTS han avanzado en exigir el uso de preservativos con los clientes, sin embargo, no pueden lograr vencer prácticas muy machistas por parte de sus parejas, ya que siguen presentando resistencias a la hora de usar protección en las relaciones sexuales.

Hemos realizado una serie de talleres de sensibilización con aproximadamente 200 profesionales de la salud, a partir de un proyecto Regional como RedTraSex, lo que ayudó a potenciar la ejecución de todo el trabajo a nivel nacional, en lo relacionado a la promoción y exigibilidad de Servicios Públicos de Salud con mayor calidad y calidez, en especial, para las mujeres trabajadoras sexuales.

Llegar a más compañeras MTS, con información y ayudó a ir cambiando, al menos de forma progresiva, la mirada respecto a estos temas. Además, logró la visibilidad de la organización en varios puntos del país.



RETRATO DE LA EPIDEMIA

A más de 30 años de la presencia del VIH en nuestro país, podemos apreciar que la epidemia de VIH/SIDA se halla claramente establecida, con un carácter endémico y concentrado en algunos grupos específicos (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de VIH en estudios serológicos de segunda generación y en registros del Área Programática ITS-VIH/Sida en poblaciones específicas.

Población	Prevalencia	Año	Muestra	Origen del dato
Trabajadoras sexuales trans femeninas	35,5%	2007	n = 105 18 a 65 años Montevideo	Estudio de comportamientos, prácticas y serología. PPITS-Sida ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UdeLaR ⁽³⁾ .
	26%	2013	n = 89 Montevideo e interior ⁽⁴⁾	Estudio de 2ª Generación en personas trans femeninas. Ministerio de Salud Pública (MSP). Proyecto del Fondo Mundial (FM).
Mujeres trans	21%	2013	n = 174 Montevideo e interior ⁽⁴⁾	Estudio de 2ª Generación en personas trans femeninas. MSP. Proyecto FM.
Trabajadores sexuales masculinos	8,1%	2007	n = 183 18 a 65 años Montevideo	Estudio de comportamientos, prácticas y serología. PPITS-Sida ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UdeLaR ⁽³⁾ .
	8,5%	2013	n = 77 Montevideo e interior ⁽⁴⁾	Estudio de 2ª Generación en HSH. MSP. Proyecto FM.
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	9%	2008	n = 309 18 a 65 años Montevideo	Estudio de comportamientos, prácticas y serología. PPITS-Sida ⁽¹⁾ , ATRU ⁽²⁾ , UdeLaR ⁽³⁾ .
	9,7%	2013	n = 290 Montevideo e interior ⁽⁴⁾	Estudio de 2ª Generación en HSH. MSP. Proyecto FM.
Trabajadoras sexuales mujeres	0,7%	2013	n = 1938 Nacional	Registro de control de salud trabajadoras/es sexuales (solo refiere a TS que realizan control)
Población Privada de Libertad (PPL)	2,4%	2013	n = 1700 Nacional	Registro (prevalencia en ingreso a Unidades de Internación de PPL)
Usuarios de pasta base de cocaína (PBC)	6,3% (10,4% en UD inyectables alguna vez en la vida)	2012	n = 318 Montevideo y área metropolitana	Estudio de seroprevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en usuarios de PBC. MSP, PITS-VIH/Sida. JND ⁽⁵⁾ . ONUSIDA. PNUD

(1) Programa Prioritario ITS-Sida. (2) Asociación Trans del Uruguay. (3) Universidad de la República. (4) Artigas, Cerro Largo, Colonia, Maldonado. (5) Junta Nacional de Drogas.

Vigilancia universal de VIH

Desde el año 1983 a diciembre del 2014 se han diagnosticado aproximadamente 15.000 personas con VIH. La tasa de notificación de VIH presentó un aumento sostenido hasta el año 2011, seguido de un descenso tanto en la tasa global como en las específicas de ambos sexos. En el 2014 se notificaron un total de 986 nuevos diagnósticos en adultos, alcanzando una tasa de 30/100.000 h, predominando en varones. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa de nuevos diagnósticos total y por sexo biológico. Años 2010-2014.

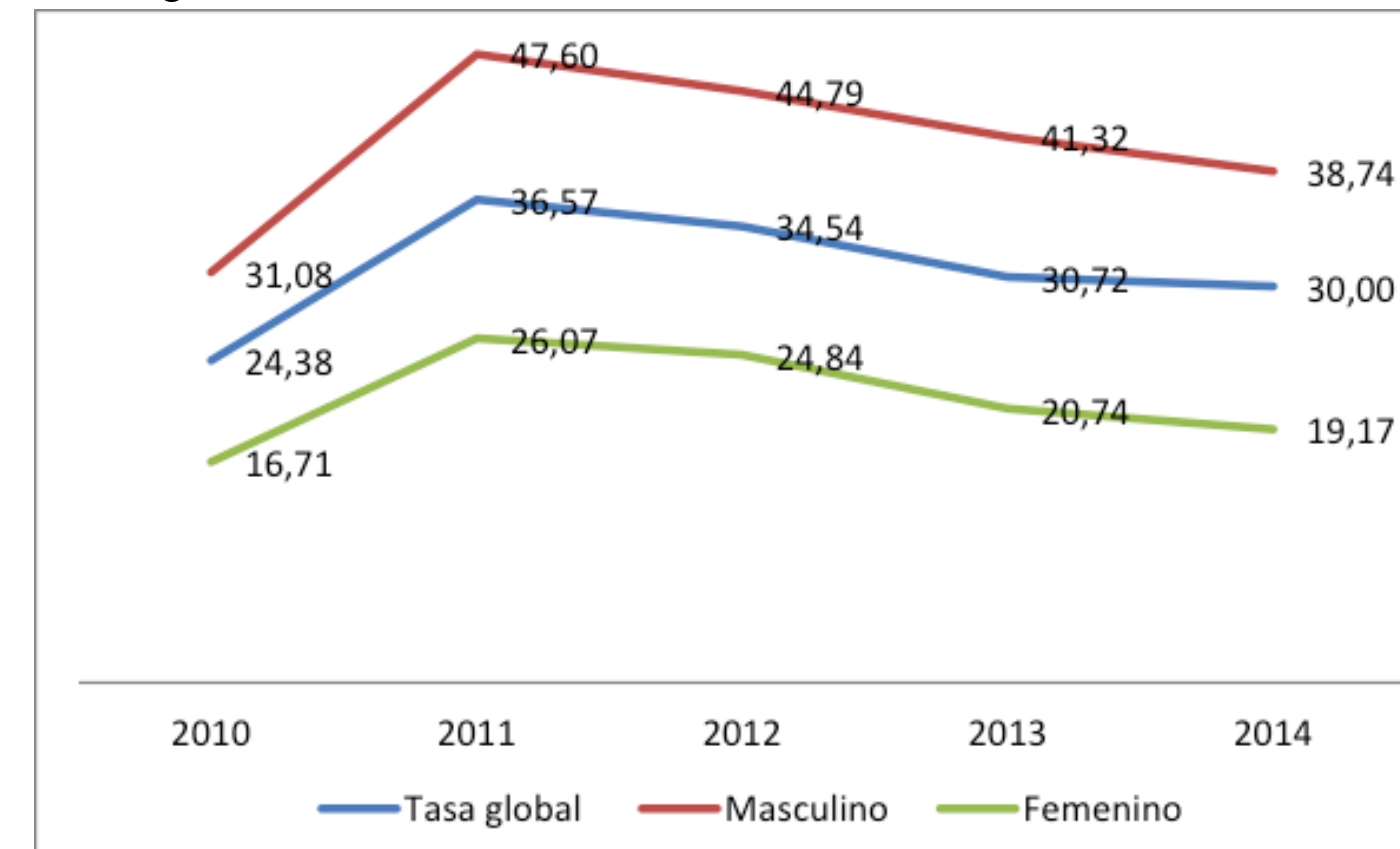


Tabla 2. Tasa de nuevos diagnósticos según sexo. Años 2010-2014.

Año	Masculino	Femenino
2010	31,08	16,71
2011	47,60	26,07
2012	44,79	24,84
2013	41,32	20,74
2014	38,74	19,17

La tasa de nuevos diagnósticos de VIH en ambos sexos es más alta en el grupo de 25 y 34 años, seguida, en orden, por el grupo de 35 a 44 años.

Gráfico 2. Tasa de nuevos diagnósticos según grupos de edad en población masculina.

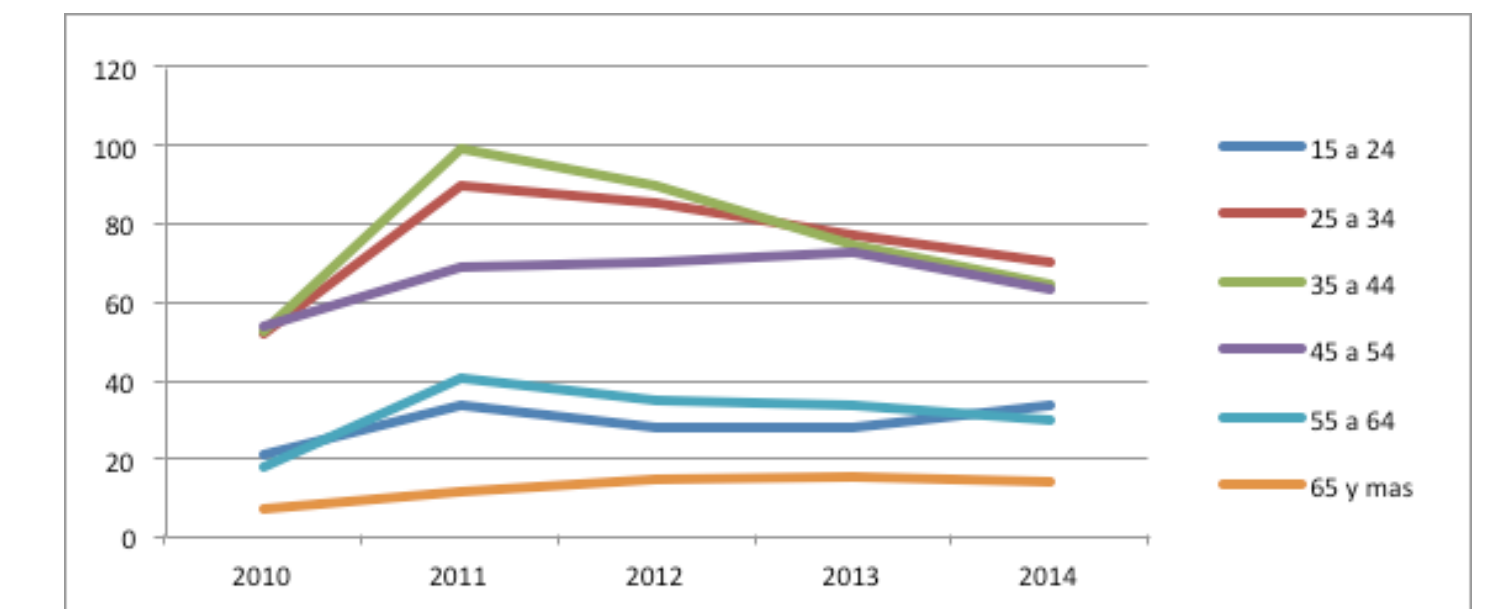
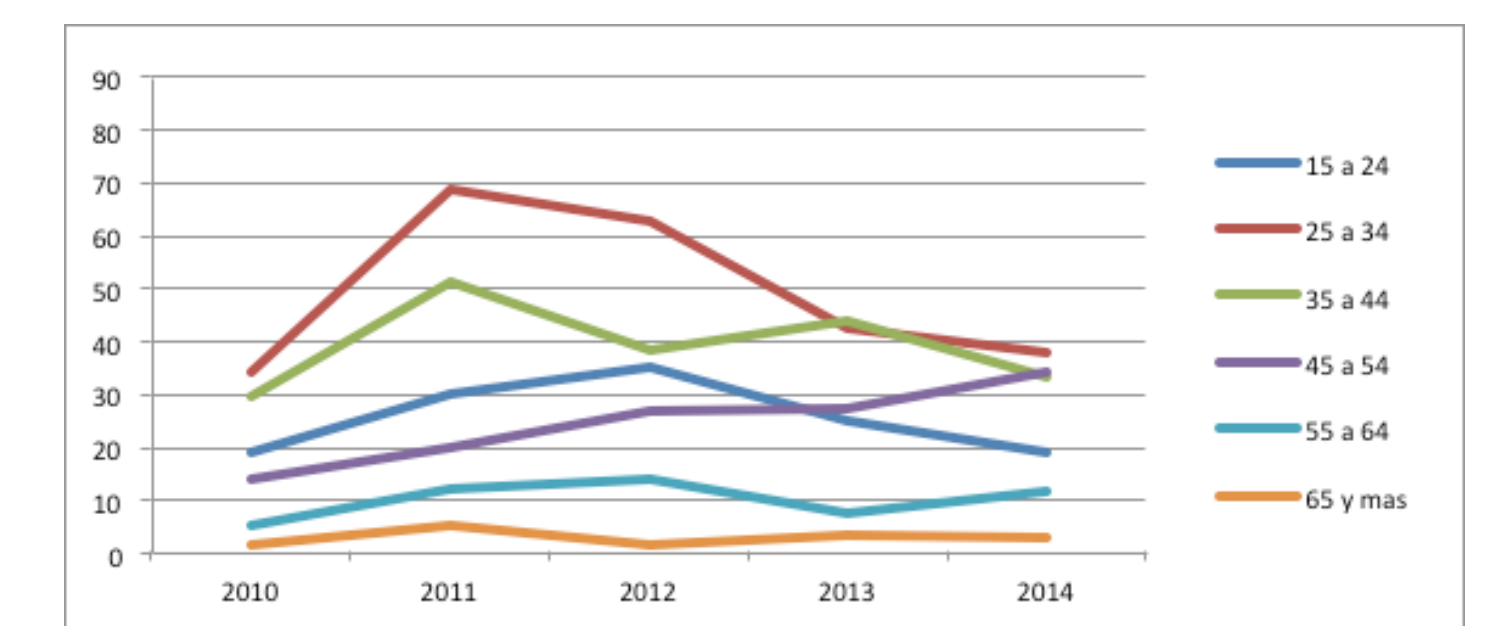


Gráfico 3. Tasa de nuevos diagnósticos según grupos de edad en población femenina.



De 986 casos notificados en el 2014, en el 15% no se registró posible vía de transmisión en el formulario de notificación, en el 77% manifestaron relaciones heterosexuales, 16% relaciones sexuales entre hombres (HSH) y un 3% relaciones sexuales con ambos sexos. En el sexo masculino el 59% manifestó relaciones heterosexuales y el 41% relaciones con personas del mismo sexo (incluyendo bisexuales).

El 6% de las notificaciones correspondió a la vía sanguínea (drogas inyectables) y menos del 1% correspondió a casos de transmisión materno-infantil (TMI).

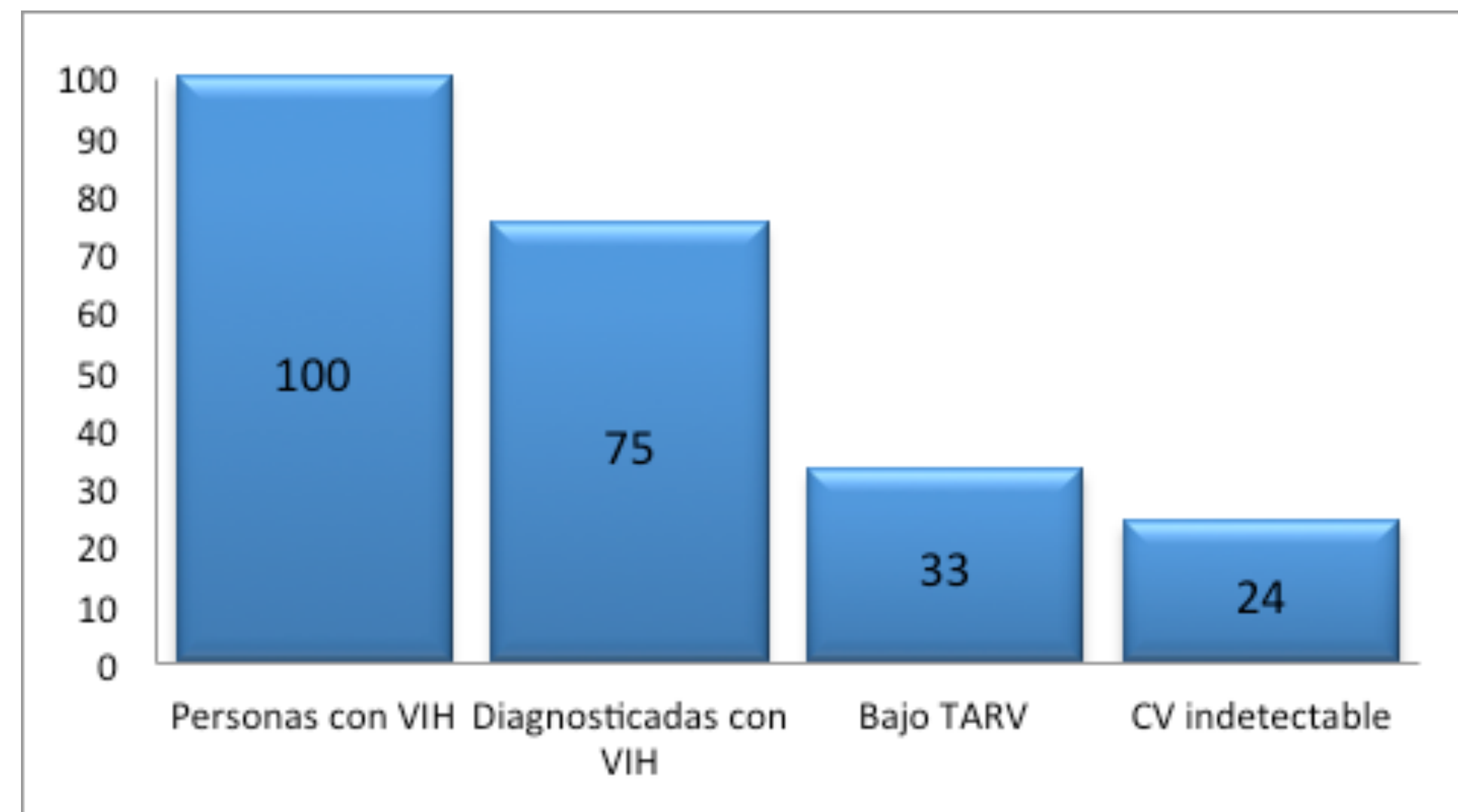
El 16% de los nuevos casos se diagnosticó con una enfermedad oportunista. La tuberculosis es la enfermedad oportunista más frecuente en los casos de SIDA notificados.

La tasa de mortalidad por SIDA en 2014 fue de 5,3 por 100.000h siendo superior en las personas del sexo masculino (7,92 en hombres y 2,93 en mujeres por 100 000h).

DESAFIO 90/90/90

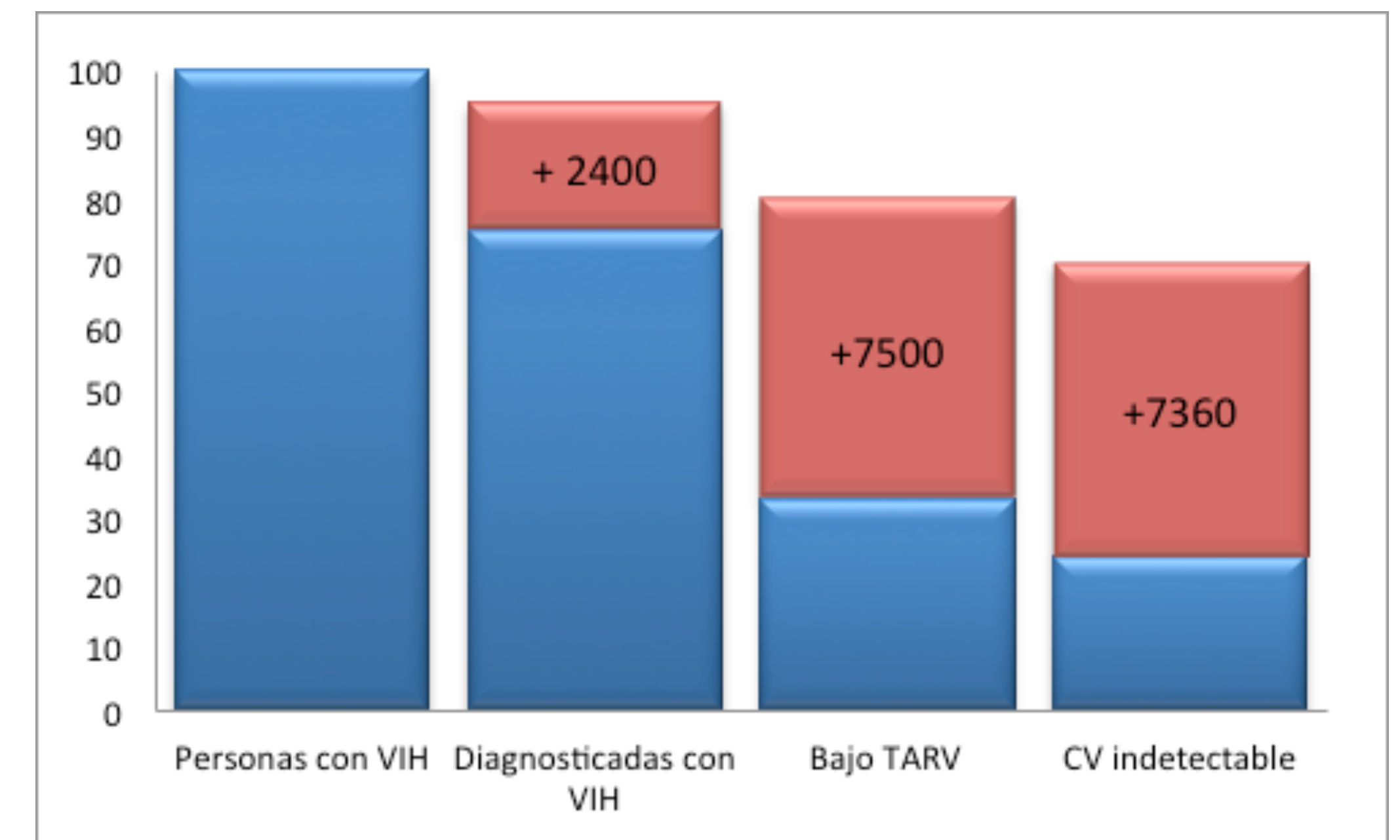
La construcción de la cascada del continuo de atención de personas con VIH correspondiente al año 2014 permite analizar algunas de las brechas y principales desafíos que enfrenta el país y, en este análisis se basa principalmente la actual planificación del quinquenio 2015-2020. Gráficos 1 y 2. Uno de los retos es mejorar las herramientas de monitoreo para lograr información confiable y conocer los pilares actualmente no disponibles (vinculación y retención de las personas en el sistema de salud).

Gráfico 1. Cascada del continuo de atención de personas con VIH en Uruguay.



Personas con VIH: 16.000; Fuente: Spectrum. Personas viviendo con VIH: 12.000; Fuente: Departamento Vigilancia Salud (DEVISA). Bajo TARV (terapia antirretroviral): 5.300. CV (carga viral) indetectable: 3.840. Fuente: encuesta de uso de antirretrovirales Programa ITS-VIH/Sida.

Gráfico 2. Cascada del continuo de atención de personas con VIH y brechas



MEJORES PRÁCTICAS

Mejorando el conocimiento de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en Uruguay a través de auditorías

Vigilancia epidemiológica de sífilis congénita y VIH infantil

En Uruguay la sífilis congénita es una enfermedad de notificación obligatoria, notificándose frente a la sospecha y/o confirmación.

A través de la notificación epidemiológica, se evidenció un aumento de la incidencia de sífilis congénita (SC) en la última década. Tendencia que es coincidente con los datos aportados por el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP se ha constituido en un instrumento de vigilancia epidemiológica de relevancia con una cobertura creciente, siendo esta una herramienta de registro clínico, análisis epidemiológico y de gestión. Su uso ha facilitado la asistencia, ha permitido aproximarnos a la realidad epidemiológica de nuestro país y establecer acciones sanitarias, que han colaborado en la mejora de los resultados de la salud materna y perinatal. En el caso de la sífilis, el registro del resultado de una prueba reactiva (treponémica y/o no treponémica) durante la gestación y prueba no treponémica en sangre del cordón, permite evaluar las tendencias en el tiempo de manera muy sensible aunque poco específica.

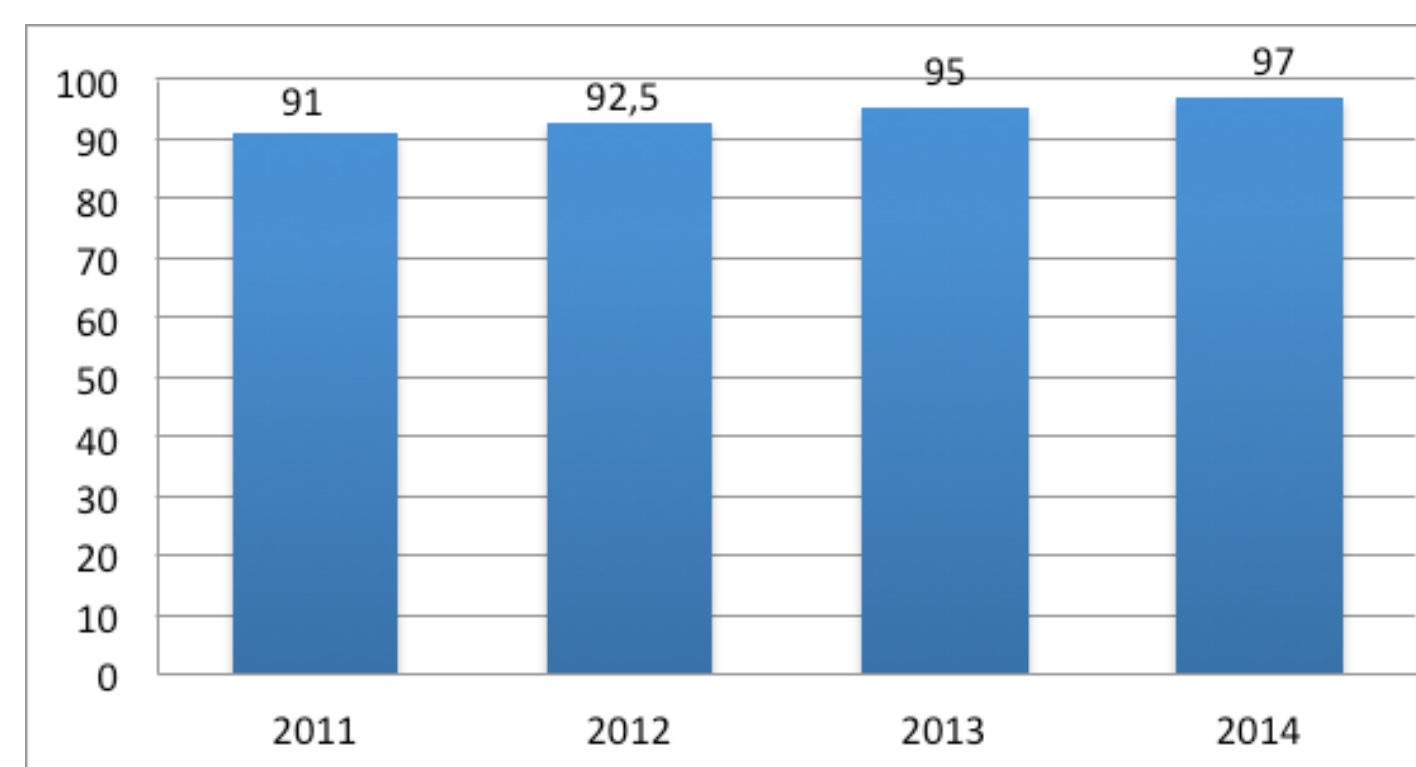
En cuanto a la información de transmisión materno infantil (TMI) de VIH esta se ha obtenido fundamentalmente a través de encuestas a servicios de salud y búsqueda activa de casos. Si bien está implementada la vigilancia epidemiológica de niños que adquieren VIH por transmisión vertical, no existe una notificación obligatoria de niños expuestos, lo que dificulta obtener información certera de la tasa de transmisión vertical (TV).

Como se observa en la tabla 1 y en el gráfico 1, existe en Uruguay una elevada cobertura de tamizaje de prueba de sífilis y VIH durante el embarazo, sin embargo aún no se ha logrado llegar y sostener las metas de eliminación de sífilis congénita y VIH.

Tabla 1. Cobertura SIP, tamizaje y pruebas reactivas de sífilis en mujeres embarazadas y de sangre del cordón. (SIP: 2005-2013).

Año	MUJERES EMBARAZADAS				RECIÉN NACIDOS		
	Cobertura SIP	Casos SIP (n)	Prueba de sífilis realizada, n (%)	Prueba de sífilis reactiva, % (n)	Prueba en el cordón, n	Prueba realizada en hijos de casos reactivos	Prueba de sífilis reactiva en cordón, % (n)
2005	77%	36778	34003 (92,5)	1,1 (370)	25355	229 (62%)	0,6 (141)
2006	79%	38438	35470 (92,3)	1,1 (404)	26786	257 (64%)	0,7 (198)
2007	79%	37591	33235 (93,7)	1,3 (432)	22068	s/d	1,0 (220)
2008	89%	41839	39167 (93,6)	1,4 (556)	29382	443 (80%)	1,2 (352)
2009	88%	42384	39950 (94,3)	1,7 (696)	30645	419 (60%)	1,1 (337)
2010	89%	42902	39770 (92,7)	1,9 (762)	35787	598 (78%)	1,2 (440)
2011	90%	42556	40215 (94,5)	1,8 (725)	35939	555 (77%)	1,1 (395)
2012	94%	45257	43626 (96,4)	1,5 (657)	38766	496 (75%)	0,8 (318)
2013	96%	47174	45523 (96,5)	1,6 (712)	40625	532 (75%)	0,8 (338)

Gráfico 1. Evolución del tamizaje de VIH a la mujer embarazada (SIP: 2011-2014).



IMPLEMENTACIÓN DE AUDITORÍAS EN EL AÑO 2013

A pesar de la elevada tasa de embarazos adecuadamente controlados por personal capacitado en Uruguay y de una serie de acciones implementadas en el país, no se han logrado alcanzar las metas de eliminación: incidencia de sífilis congénita < 0.5/1.000 nacimientos y tasa de TV de VIH < 2%.

El tamizaje de sífilis durante el embarazo se implementó en el año 1977. A partir del 2005 se comenzó la utilización de pruebas rápidas de sífilis en el primer nivel de atención y se generalizó la práctica de tratamiento inmediato a la mujer y a su pareja con esta prueba reactiva.

También se han implementado una serie de acciones con el objetivo de evitar la TV del VIH. En el año 1990, sustitución de la lactancia materna por fórmulas; en 1996 antirretrovirales a la madre y al recién nacido; en 1997 obligatoriedad de la oferta de la prueba de VIH en 2 momentos durante el embarazo y el tratamiento antirretroviral a la mujer; en 1999 cesárea electiva; en el 2002 prueba rápida en la captación tardía incluyendo el trabajo de parto, a las mujeres sin control durante el embarazo o con factores de riesgo para adquisición de VIH.

En el año 2010, y dando continuidad a las acciones emprendidas en el período anterior, el Ministerio de Salud Pública (MSP) consideró una prioridad el diseño de estrategias para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH, elaborándose un Plan de Impacto, nuevas normativas, actualizando las herramientas de notificación epidemiológica con inclusión de la variable VIH en la historia clínica perinatal y SIP, y estableciendo la obligatoriedad de realizar auditorías. El Sistema Informático Perinatal, implantado por ley en todas las maternidades del país desde 1986, se ha constituido en una fuente de información de gran potencialidad; la versión 2010 agrega datos de VIH, de tratamiento antirretroviral y de captación de la pareja y se exige el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal, el cargado de los datos a una base de datos y su envío al Ministerio de Salud Pública exigiendo su cumplimiento a todos los prestadores como "meta prestacional".

En este marco, la auditoría fue planificada como una herramienta para mejorar el conocimiento epidemiológico,

continúa

pero especialmente para identificar las brechas asistenciales y disponer de información estratégica para mejorar los procesos. Se implementó inicialmente la auditoría de sífilis (2012) y luego la de VIH (2013) ambas obligatorias por resolución ministerial. La responsabilidad recae sobre la Dirección Técnica del prestador de salud y se debe realizar en todo caso que se identifique prueba reactiva de sífilis y/o VIH en la mujer embarazada, o en puerperio (o en el recién nacido), es decir que se identifican a todos los niños expuestos y no solo a los que resultan finalmente infectados.

RESUMEN DE RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE AUDITORÍAS

SÍFILIS CONGÉNITA

Se procesaron 548 auditorías de 648 casos con prueba reactiva de sífilis identificados en el SIP, de los cuales 294 (54%) correspondieron a una sífilis activa, por lo que la prevalencia de sífilis gestacional en el 2013 fue de 0.6% (294/47174). Se identificaron 97 casos que cumplieron con la definición de sífilis congénita de la OPS-OMS, lo que corresponde a una incidencia de SC de 2/1.000 nacimientos. Los niños expuestos con diagnóstico de SC fueron productos de embarazos con menor cantidad de controles, embarazos con captación tardía, con diagnóstico de sífilis a edad gestacional más avanzada o en el puerperio.

Tabla 2. Variables asociadas a SC.

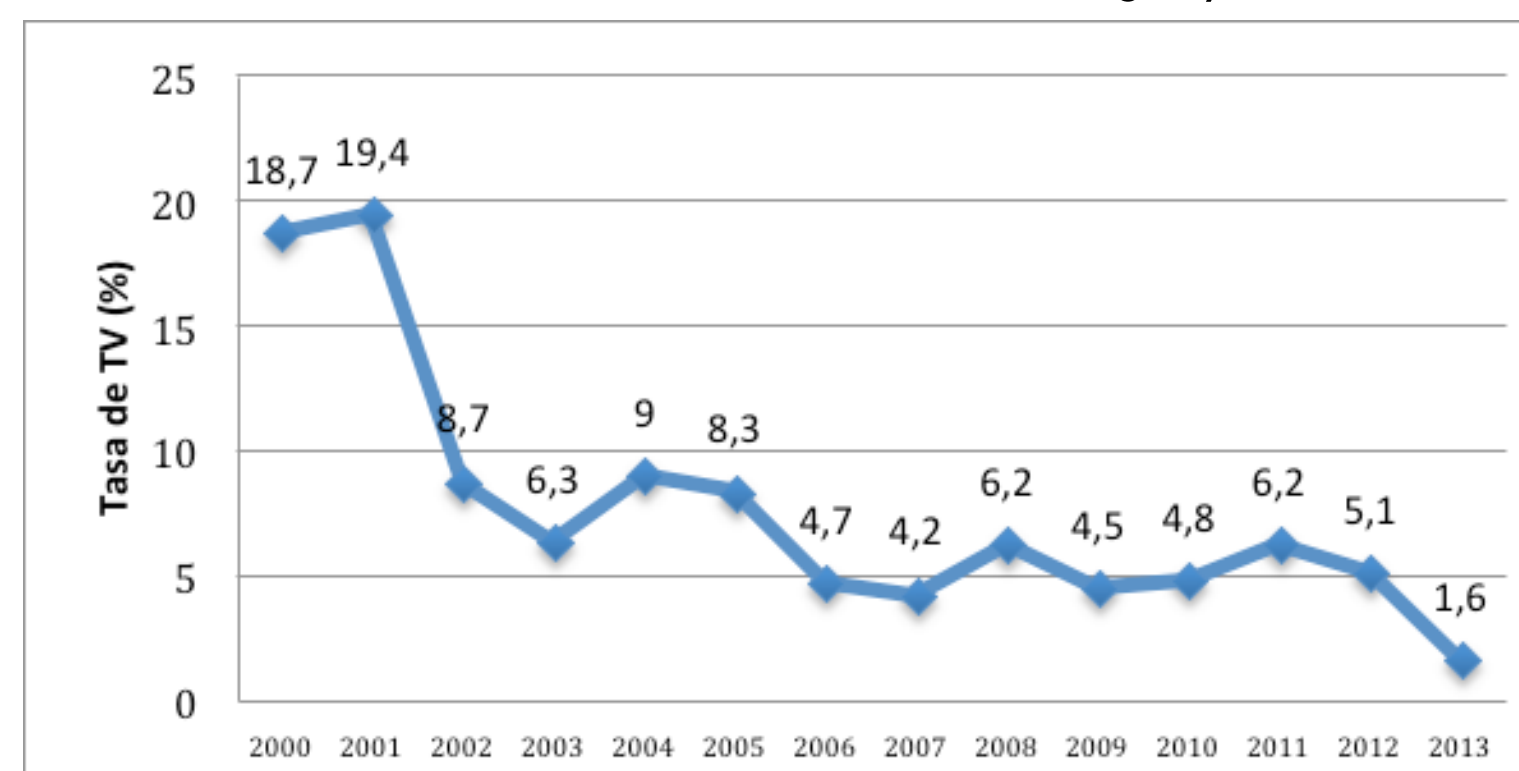
VARIABLES	SC: 97	NO SC: 195	Valor de p
Menos de 5 controles	51,5% (50/97)	14,4% (28/195)	< 0.0001
Diagnóstico de embarazo (EG en semanas)	17 ± 9	12 ± 6	< 0.001
EG media al diagnóstico de sífilis (semanas)	25 ± 9	18 ± 8	< 0.0001
Diagnóstico de sífilis en el puerperio	41	2	< 0.0001
Tratamiento correcto (%)*	35 (34/97)	96 (187/195)	< 0.0001

* Tiempo mayor a 30 días previo al parto, con penicilina y tratamiento de la pareja

TRANSMISIÓN PERINATAL DE VIH

Se identificaron 124 mujeres con VIH que tuvieron su parto en el 2013 (prevalencia 0.3%). En 54 (44%) el diagnóstico de VIH se realizó durante el embarazo o en el parto y en 70 (56%) este diagnóstico era conocido previo al embarazo. La tasa de TV en el 2013 fue la mínima histórica - 1,6% - alcanzando la meta de eliminación. En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la TV en Uruguay desde el año 2000.

Gráfico 2. Evolución de la tasa de TV en Uruguay. 2000-2013.



Fuente - 2000 al 2010: notificación epidemiológica y búsqueda activa; 2011 y 2012: idem anterior mas encuestas a servicios; 2013: notificación, búsqueda activa y auditorías.

A continuación se presenta el análisis de la cohorte de mujeres embarazadas con VIH 2012-2013 donde pueden identificarse la presencia de algunas variables asociadas a la ocurrencia de TV. Se analiza dos años en conjunto dado la baja cantidad de casos.

Tabla 3. Características de mujeres con VIH durante el embarazo y su asociación con TMI de VIH. 2012-2013.

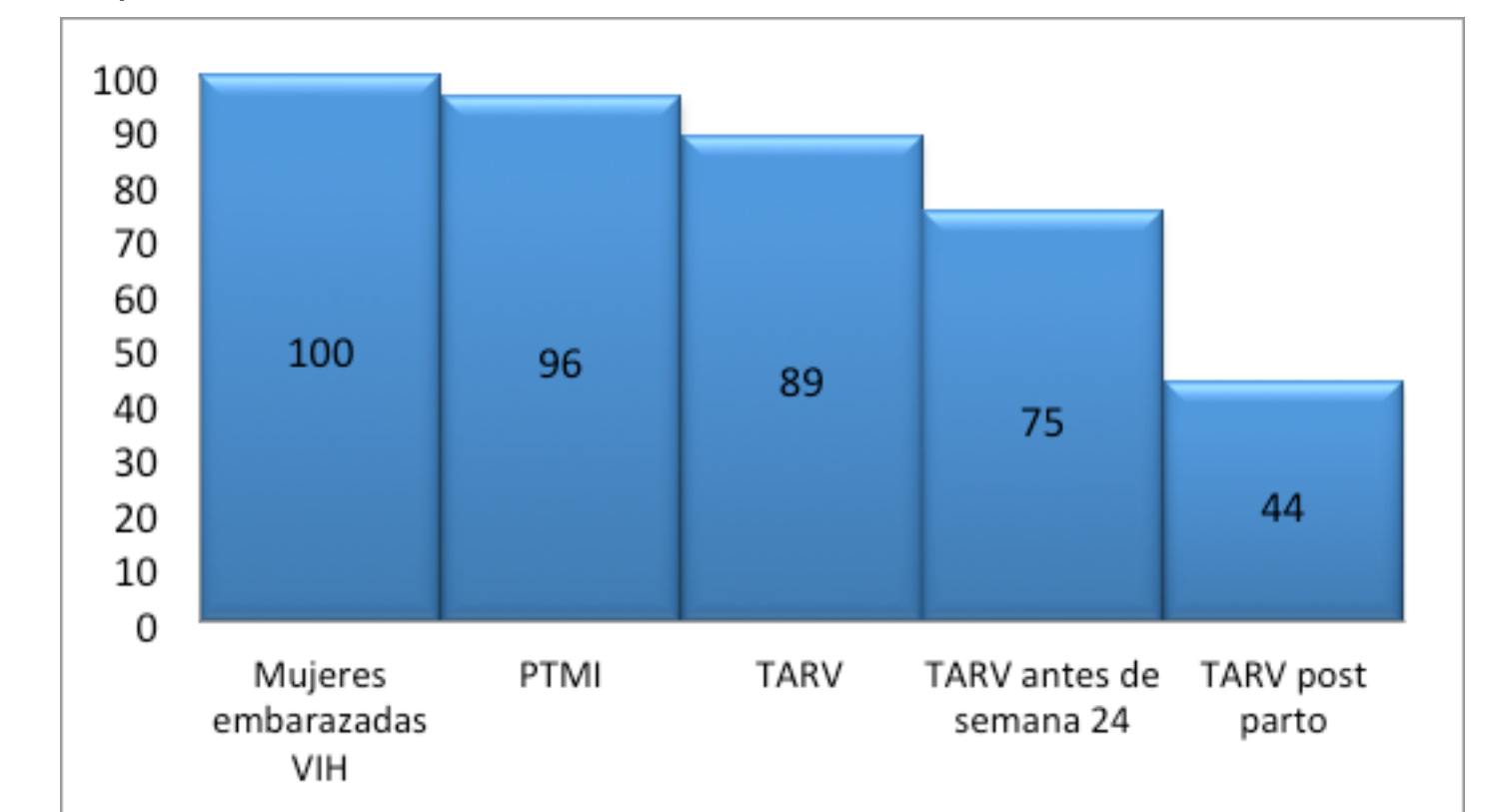
Características (Si/No)	RN expuestos (253)		Valor p
	Positivo (n = 9)	Negativo (n = 244)	
Diagnóstico en TDP(1) o puerperio (n = 242)	3/6	7/206	< 0,0001
No PTMI(2) (n = 242)	3/6	7/206	< 0,0001
No TARV(3) (n = 224)	5/4	19/196	< 0,0001
Edad gestacional al diagnóstico de VIH en semanas (media, DS)	36 ± 3	16 ± 11	< ,0001
Última CV(4) previo al parto > 50 copias/mL (n = 211)	6/3	50/152	0,016
Parto vaginal (n = 222)	3/5	78/136	0,87

Aclaraciones. (1)TDP: trabajo de parto. (2) PTMI: Prevención de la transmisión materno-infantil. (3)TARV: terapia antirretroviral. (4) CV: carga viral.

Una preocupación que surgió en el análisis de los datos es la baja cobertura de TARV en mujeres que conocían su diagnóstico de VIH previo al embarazo (32%), datos que coinciden con la cobertura nacional.

Con los datos recabados en el período 2012-2014 se construyó una cascada del continuo de atención de mujeres con VIH, donde se identifican los hitos de tratamiento durante la gestación y en el post parto, observándose una elevada tasa de discontinuaciones de TARV en los primeros 6 meses del puerperio. Esto refleja una brecha en la retención en cuidados en esta etapa, probablemente consecuencia de la vulnerabilidad vinculada a inequidades relacionadas al género.

Gráfico 3. Cascada del continuo de atención con los hitos de tratamiento en mujeres con VIH que tuvieron su parto en el período 2012-2013.



PTMI (profilaxis de la transmisión materno-infantil) refiere a la administración de cualquier antirretroviral: solo zidovudina en el parto o TARV (triple terapia).

El Ministerio de Salud Pública ha definido como prioridad alcanzar y sostener las metas de eliminación de SC y de transmisión vertical de VIH, para la cual se dará continuidad y se profundizarán las acciones para mejorar el acceso y calidad del control de las mujeres gestantes, incluyendo la captación de sus parejas y su vinculación a cuidados luego del parto.

En el año 2013, se actualizó la pauta de testeo, debiendo ofrecerse la prueba diagnóstica de sífilis y VIH en el primer control, segundo y tercer trimestre. La prueba rápida se recomienda en el primer control en todo embarazo de captación tardía y en el trabajo de parto o puerperio inmediato en mujeres sin controles o con factores de riesgo para adquisición de la infección.

En febrero del 2014, se promulgó el Decreto Presidencial 25/2014, que recomienda promover el acompañamiento de la mujer por su pareja en el control prenatal al menos una vez en el 1° y una vez en el 3° trimestre. Y en el momento actual se está evaluando implementar la oferta de prueba de sífilis y VIH a la pareja de la mujer embarazada, independientemente del resultado de la prueba en la mujer.

Por otra parte, la descentralización de la atención a personas con VIH hacia el primer nivel se está constituyendo en una estrategia necesaria para mejorar el acceso y la que está siendo evaluada como eficaz para mantener a las mujeres en atención y bajo TARV luego del parto.

Se continúa la implementación de las auditorías, las que han resultado una herramienta de gran utilidad no solo para conocer con mayor certeza la situación epidemiológica, sino para identificar las brechas y realizar monitoreo y evaluación de los procesos y resultados para la mejora en la calidad de atención.



Venezuela

MEJORES PRÁCTICAS

EL VIH EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

Contexto

Desde hace quince (15) años aproximadamente venimos laborando directa e indirectamente con la Población Privada de Libertad, masculina, femenina, adolescentes, personal administrativo, de régimen civil y militar, familiares, visitantes, equipos de salud y voluntariado en general, que interactúa con la población penal atendiendo a más de 82.222 personas, entre población penal, visitantes y familiares, personal civil, de régimen y militar, con impacto social de 328.883, acciones realizadas gracias al financiamiento que se hace mediante Concurso de Proyectos, el Programa Nacional de Sida/ITS (PN/Sida) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

La Fundación Casa de los Girasoles

Una de las organizaciones de base comunitaria (OBC) que ha realizado una actividad durante quince (15) años (2000-2015) es la Fundación Casa de los Girasoles, que se caracteriza por su visión holística del ser humano, que asume el compromiso de lucha contra el VIH/Sida y otras ITS, TB y DDHH en los centros penitenciarios de la República Bolivariana de Venezuela, partiendo de la investigación interna de esta cruda y dolorosa realidad social que no es más que un reflejo de nuestra sociedad. Mediante la investigación como punto de partida que ha permitido desde el año 2.000 un acercamiento con respeto, sensibilidad, humildad y calidad de servicio libre de estigma y discriminación visibilizando y consensuando las estrategias, las acciones y asumiendo la necesidad de domesticar el miedo mediante un proceso de alfabetización de las emociones, utilizando los códigos comunicacionales más convenientes de la mano del equipo rector (PN Sida/ITS del MPP Salud) para formar parte de la solución a la situación de salud que genera el VIH, el Sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la Tuberculosis y demás morbilidades oportunistas promoviendo los Derechos Humanos de la población que vive con VIH / TB, en acciones de prevención que llegan al resto de la población penal, visitantes y familiares, personal civil, de régimen y militar, cabe destacar que la metodología ha sido sistematizada a efectos de multiplicación y se expuso en el año 2010 en el V Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH.

El ajuste de los proyectos a las necesidades de la población penal para hacer más efectiva la respuesta de promoción, prevención y atención en salud ha hecho que la Fundación Casa de los Girasoles, desarrolle programas y proyectos creativos y vanguardistas permitiendo así, atender en su segunda fase al personal de salud de los penales, observando que la capacidad de difusión de la información era complicada por factores de tiempo y poco personal, para dar solución a esa problemática se incluye la formación al personal de las unidades educativas, cultura y deporte promoviendo la integralidad, para atender a un

grupo de internos e internas de manera directa con apoyo del personal y adicionalmente lograr captar el interés de varios internos en servir de multiplicadores con sus pares haciendo que la dimensión del proyecto originario crezca en un espiral ascendente para dar respuesta más efectiva al VIH en nuestros centros penitenciarios.

Resultados

Observando el curso expansivo de la promoción de la salud y prevención en VIH/Sida/ITS consideramos que la población puente (familiares y visitantes) requería ser atendida de manera directa, para materializar esta fase de proyecto acudimos al encuentro con la visita los días permitidos para tal fin haciendo énfasis en los permitidos a la visita conyugal o para las pernoctas logrando informar a 42.287 personas en su mayoría mujeres. La técnica utilizada de manera efectiva son micro tertulias de sesiones educativas y demostrativas siempre y cuando no hubiesen menores de edad antes del ingreso al penal o en la salida, haciendo consejería preventiva con embarazadas y casos de ITS y VIH en especial.

Experiencias exitosas

Otro grupo que se consideró y demostró verdadero interés en mantenerse actualizado y sensibilizado en VIH/Sida-ITS, TB y Derechos Humanos, es el personal administrativo, de régimen civil y militar para reducir el estigma y la discriminación a la población reclusa y violación de sus derechos por desconocimiento de los mismos, enfocándolo en el trato a personas privadas de libertad con VIH difundiendo el derecho a la confidencialidad y el consentimiento informado para las pruebas de VIH. Capacitamos más de 2.500 funcionarios a nivel nacional.

Estos logros paso a paso, basados en evidencias con la PPL llevan a ejecutar a nivel nacional avalados y financiados por el Programa Nacional de Sida / ITS, durante los años 2007, 2008 y 2009, el Programa Nacional Familia y Valores, pilares de la prevención de VIH-Sida / ITS, TB y DDHH para PPL, familiares, visitantes, personal civil, de régimen y militares, el cual se ejecuto en todos los recintos penitenciarios, incluidos, los anexos femeninos.

Haciendo un corte investigativo observamos que el comportamiento de la epidemia en los centros Penitenciarios de Venezuela, se diferencia de otros países en cuanto a nivel de concentración y posible vía de transmisión, esta afirmación es producto de las jornadas de pesquisa realizadas por el Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores y Justicia (MPPRIJ), hoy Ministerio del Poder Popular para el Servicio Penitenciario (MPPSP), el Programa Nacional de Sida/ITS, voluntarios y colaboradores de la sociedad civil en 4 centros penitenciarios de la región capital donde se concentraba para ese momento, la mayor parte de la población penal del país. Se realizaron pruebas rápidas con aplicación de consentimiento informado, encuesta de riesgos, charla pre prueba y a los pocos casos que dieron resultados positivos se convino con un consejero de una de

las organizaciones participantes a entregar los resultados y hacer consejería. La encuesta de riesgos permitió evidenciar que la PPL no utiliza drogas inyectables, y la mayoría de los encuestados no utilizó condón en la última relación sexual. Los resultados y seguimiento fueron manejados por la Coordinación de Salud Integral del MPPIJ.

Finalizando nuestra ejecución del 2009, observamos algunos casos de Tuberculosis y de coinfección VIH- TB. Atentos a las necesidades de la población reclusa se planteó redimensionar el proyecto y se propuso realizar un encuentro para la articulación y sinergia entre los Coordinadores Nacionales de los Programas de VIH y TB, Coordinadores Regionales de VIH, Coordinadores Regionales de TB, Dirección de Salud Integral del MPPRIJ y 2 representantes enlaces de un Centro Penitenciario, Defensoría del Pueblo con competencia Penitenciaria y Fundación Casa de los Girasoles. La propuesta fue aprobada por el PNS y se establecieron 5 Estados pilotos para su ejecución (Barinas, Mérida, Táchira, Trujillo y Portuguesa). Cabe destacar que participaron en el encuentro Dos representantes de cada uno de los Centros Penitenciarios de los estados mencionados.

Este evento realizado en la ciudad de Mérida en el año 2010, sirvió además para realizar un curso de Consejería Holística con el personal delegado de cada centro penitenciario y los coordinadores regionales, con el propósito que el personal más cercano a la PPL este en capacidad de manejar adecuadamente a la PPL con VIH/ Sida, ITS y TB en el marco de los Derechos Humanos.

La dimensión de esta actividad consolidó un saldo organizativo en cada estado de la región piloto denominado Equipos Técnicos Multidisciplinarios (ETM) en VIH/Sida/ITS, TB y Derechos Humanos, desplegando una serie de actividades conjuntas entre los Programas Regionales de VIH/Sida - TB, e integración de otros programas como Nutrición, Programa CAREM, Salud Ambiental, Laboratorios Regionales, Distritos Sanitarios, voluntarios de la sociedad civil organizada permitiendo realizar jornadas de inmunización, saneamiento ambiental, jornadas de pesquisa de VIH, TB, Diabetes entre otros. Talleres y sesión educativa con la PPL, sus familiares y personal de los centros penitenciarios, distritos sanitarios y médicos integrales comunitarios.

Esta estrategia hace que con los ETM exista un hilo conductor nacional y regional que materializa las actividades colaborativas entre VIH y TB, instalar Servicios de Consejería Holística dentro de los centros penitenciarios para la PPL que lo requiera y hacer actividades de promoción y prevención de manera permanente siguiendo las líneas de la Guía Nacional de prevención y el Plan Estratégico Nacional.

Para culminar esta etapa se ha previsto realizar una publicación virtual de estos quince (15) años de experiencia para el Día Mundial de la Lucha contra el VIH/ Sida.



Créditos

ARGENTINA

Equipo técnico.

Ariel Adaszko
Vanessa Kaynar
Adrián Arden

BRASIL

Equipo técnico/DDAHV/SVS/MS Representación de Brasil - CIHIV/Mercosul

Dra. Adele Benzaken
Renato Chuster

Assessoria de Cooperación Internacional

Fábio Sartori, Josi Paz e Mauro Figueiredo

PARAGUAY

Equipo técnico.

Dra Tania Samudio-Coordinadora CIVIH Mercosur
Dra. Alma Barboza- Coordinadora alterna CIVIH Mercosur
Dra. Patricia Ovelar- Jefa Departamento Atención Integral -PRONASIDA

URUGUAY

Equipo técnico responsable del informe.

Dra. Susana Cabrera. Área Programática de ITS-VIH/Sida
Lic. Mónica Castro, Dr. Andrés Bálsamo. Departamento de Vigilancia en Salud.
Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

VENEZUELA

Colaboración

Ana Roberta Pati Pascom
Fábio Caldas de Mesquita
Gerson Fernando Mendes Pereira
Juliana Machado Givisiez

Maíra Taques dos Santos Christ
Rafaela Mendes Medeiros
Ronneyla Nery Silva
Tainah Dourado de Miranda Lobo

Assessoria de Comunicação

Proyeto Gráfico/Diagramación/Interatividad
Marcos Cleuton de Oliveira

Dra. Zully Suarez-Jefa Departamento PTMI VIH y sífilis- PRONASIDA
Dra. Gloria Aguilar- Jefa Departamento Vigilancia epidemiologica-PRONASIDA
Lic. Liliana Gimenez-Jefa departamento Prevención y Educación-PRONASIDA

